UNIVERSAL CURRICULUM
*Treatment of Substance Use Disorders*

UTC | Currículo de Tratamiento Universal para Trastornos por Uso de Sustancias

## Curso 2

# Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias

## El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones

## Manual del Participante

THE COLOMBO PLAN

DAP Drug Advisory Programme

UNIVERSAL CURRICULUM
*Treatment of Substance Use Disorders*

UTC | Currículo de Tratamiento Universal para Trastornos por Uso de Sustancias

# Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias

## El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones

Nivel Básico de la serie de UTC 2

4ª Edición, 2020

## Manual del/la Participante

THE COLOMBO PLAN

DAP Drug Advisory Programme

## Agradecimientos

*El* ***Curso 2 del UTC: Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención*** forma parte de una serie de capacitación de ocho volúmenes desarrollada para la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL, por sus siglas en inglés) del Departamento de Estado de los Estados Unidos. La publicación se desarrolló originalmente bajo el contrato número SAQMPD07D0116, Servicios de Apoyo a la Reducción de la Demanda, entre INL y Alvarez & Associates, con la participación de JBS International, Inc. (JBS) como entidad subcontratista. Algunos materiales de este curso fueron desarrollados por JBS para Family Health International Hanoi, Vietnam, bajo un contrato financiado por la Agencia de Desarrollo Internacional de los Estados Unidos. Este manual ha sido sometido a diversas revisiones bajo la supervisión de Plan Colombo.

Queremos agradecer a los siguientes miembros del Comité de Revisión por Pares y al Grupo Consultivo de Expertos en Tratamientos por sus importantes contribuciones a la revisión de este Curso.

## Comité de Revisión por Pares

1. Rodrigo Portilla Huidobro, M.P.H., ICAP II, Gerente de Proyectos para América Latina y el Caribe, Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP), Plan Colombo, Chile.
2. Yatan Pal Singh Balhara, Ph.D., Profesor Adjunto de Psiquiatría, Centro Nacional de Tratamiento de la Dependencia de Drogas (NDDTC por sus siglas en inglés) y Departamento de Psiquiatría, All India Institute of Medical Sciences (AIIMS), India.
3. V. Thirumagal, Ph.D., ICAP II, NCAC I, Consultor Independiente, India.
4. Yvonne Olando, Ph.D., Psicóloga Clínica/Profesora a Tiempo Parcial, University of Nairobi, Kenia.
5. Ítalo García, Máster en Psicología, Consultor para ONUDD (América Latina), Chile.
6. Juan Carlos Urias, Psicología, Universidad Centroamericana José Simeón Cañas, El Salvador.

## Grupo Consultivo de Expertos en Tratamientos

1. Bruno Bui, Oficial de Asuntos Externos, Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL), Departamento de Estado de los EE.UU.
2. Nathalie Panabokke, Directora (Interina), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo.
3. Becky Vaughn, Directora, Centro Global de Acreditación y Certificación (GCCC por sus siglas en inglés), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, EE.UU.
4. Dr. Mariano Montenegro, Director Oficina para América Latina y el Caribe, Plan Colombo, Formador para la ONUDD, América Latina y el Caribe, Chile.
5. George Murimi, Gerente de Proyectos para África, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo.
6. Dr. Nyein Zaw Htet Doe, Gerente de Programa – Desarrollo de Currículos (Tratamiento), Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Myanmar.
7. Dr. Danai Indrakamhaeng, Psiquiatra, Bangkok Hospital Chiang Mai, Tailandia.

8. Ken Robertson, Consultor Internacional Independiente, Temas de Reducción de la Demanda - Justicia Penal / Salud Conductual.

9. José Luis Vasquez, Especialista en Tratamiento, División de Reducción de la Demanda de Drogas, Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas, Secretaría de Seguridad Multidimensional, Organización de Estados Americanos, Chile.

10. Rick Hardwood, Director Ejecutivo Adjunto, Asociación Nacional de Directores Estatales de Alcoholismo y Drogadicción, EE.UU.

11. Annette Dale-Perera, Directora, Adpconsultancy, Reino Unido.

12. Julia Alvarado Santis, Asesora, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Chile.

13. Gabriel Rossi, Asesor, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Uruguay .

14. Marta Oliva, Asesora, Programa de Asesoramiento sobre Drogas, Plan Colombo, Chile.

Un agradecimiento especial para Brian Morales, Jefe de la Subdivisión Antinarcóticos, y para Charlotte Sisson, Oficial Senior de Relaciones Exteriores, Programa de Reducción de la Demanda de Drogas, ambos de la Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de los Estados Unidos, por su orientación y apoyo en el proceso general de elaboración del currículo.

También quisiéramos agradecer a Nancy Dudley por la revisión editorial, a Yasodara Hiripitiya (Oficial de Programas - DAP) y a Nuwan Wickramasinghe (Diseñador Gráfico Senior - DAP) por su ayuda en la toma de notas de las reuniones y en el diseño gráfico del manual.

## *Edición en Español:*

**Coordinación general:** Rodrigo Portilla y Jo Rivas

**Colaboración técnica:** Gabriel Rossi, Marta Oliva y Julia Alvarado

**Traducción:** Cristina Véjar

**Diseño gráfico:** Sebastián Vicente

**Editado en Santiago, Chile | 2022**

## *Cláusula de Exención de Responsabilidad*

Las intervenciones de tratamiento de trastornos por uso de sustancias descritas o referidas en este documento no necesariamente reflejan la posición oficial de INL o del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Las directrices entregadas en este documento no deben considerarse como sustitutos de la atención personalizada.

**4ª Edición**
Publicada en 2020 - Sri Lanka020 - Sri Lanka

# ÍNDICE

## **Parte I** — Orientación para el/la Participante

Orientación del/la Participante.....1

## **Parte II** — Módulos de la Capacitación

Módulo 0 — Departamento de Estado de los EE.UU.....5
Módulo 1 — Introducción a la Capacitación.....19
Módulo 2 — La Recuperación y el Manejo de la Recuperación.....49
Módulo 3 — Factores que Afectan los Resultados del Tratamiento.....75
Módulo 4 — Introducción a la Motivación y las Etapas del Cambio.....105
Módulo 5 — Principios, Sistemas y Entornos del Tratamiento.....125
Módulo 6 — El Continuo de la Atención.....159
Módulo 7 — Prácticas Basadas en la Evidencia para las Intervenciones de Tratamiento....259
Módulo 8 — Integración del Aprendizaje en la Práctica.....403

## **Parte III —** Anexos

Anexo A — Glosario.....407
Anexo C — Recursos.....409
Anexo C — Reconocimientos especiales.....413

# Aviso de Difusión y de Dominio Público

Todos los materiales del Currículo Universal (UC) que figuran en este curso, excepto aquellos tomados directamente de fuentes protegidas por derechos de autor, son de dominio público y pueden ser reproducidos, o copiados por Proveedores de Educación (EPs por sus siglas en inglés) y sus estudiantes, sin autorización previa del Departamento de Estado de los EE.UU./INL o de los autores. Los manuales y las diapositivas en PowerPoint sólo pueden ser compartidos con Proveedores de Educación (EPs) designados y sus usuarios autorizados (p. ej., miembros y administradores del equipo de capacitación de los EPs). Para convertirse en Proveedor de Educación, un gobierno, una universidad o una organización de la sociedad civil debe ponerse en contacto con un Centro de Coordinación Regional para solicitar acceso. El acceso se otorga una vez se haya firmado un Formulario de Autorización de Usuario o un Memorándum de Entendimiento. El directorio de actuales Proveedores de Educación se encuentra disponible en: https://www.issup.net/training/education-providers.

Los EPs pueden difundir la serie completa del currículo, uno o más cursos completos, o uno o más módulos completos. En tales casos, se les solicita documentar toda capacitación del UC en el sitio web de ISSUP. También pueden incorporar los materiales del UC en sus propios materiales académicos/de capacitación, en cuyo caso se agradecerá citar la fuente.

Esta publicación no puede ser distribuida mediante el pago de una tarifa, como no sea el simple costo de reproducción, sin la autorización específica y por escrito de INL.

# Orientación para el/la participante

## Introducción

¡Bienvenidos(as)! Esta capacitación les proporcionará conocimientos sobre la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral y les mostrará los efectos y consecuencias de las sustancias psicoactivas.

El Curso 2 del UTC: *Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones* forma parte de una serie de capacitación desarrollada por el Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP) de Plan Colombo, con financiamiento del Departamento de Estado de los Estados Unidos. Se puede obtener información adicional sobre Plan Colombo en http://www.colombo-plan.org.

El objetivo general de esta serie de capacitación es disminuir los graves problemas de salud, sociales y económicos asociados a los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS), mediante la construcción de capacidades de tratamiento a nivel internacional a través de la capacitación, la profesionalización y la expansión de la fuerza laboral global de tratamiento. La capacitación prepara a los/las terapeutas para su certificación profesional a nivel básico, proporcionándoles la información más reciente sobre los TUS y su tratamiento, así como actividades prácticas para desarrollar capacidades, confianza y competencia.

¡Les felicitamos por destinar tiempo a aprender más sobre su trabajo!

## La Capacitación

Los seis módulos de esta serie de capacitación se pueden impartir en 3 días consecutivos o en el transcurso de varias semanas o meses. Sus capacitadores(as) les han proporcionado una agenda específica.

El enfoque de aprendizaje de esta capacitación incluye:

- Presentaciones y debates dirigidos por el capacitador(a);
- Uso frecuente de actividades creativas dirigidas por los/las participantes, tales como ejercicios y presentaciones en grupos pequeños y en parejas;
- Ejercicios de escritura reflexivos;
- Revisiones periódicas para aumentar la retención del aprendizaje; y
- Ejercicios de evaluación del aprendizaje.

¡Su participación activa es esencial para que esta sea una experiencia de aprendizaje positiva y productiva!

# Metas y Objetivos del Curso 2

## Metas de la Capacitación

- Proporcionar a los/las participantes una comprensión sobre la recuperación y el manejo de la recuperación;
- Proporcionar a los/las participantes una exhaustiva reseña sobre la naturaleza del cambio; y
- Proporcionar a los/las participantes una comprensión del proceso y de los elementos del tratamiento de los TUS.

## Objetivos de Aprendizaje

Los/las participantes que completen el Curso 2 del UTC serán capaces de:

- Definir y describir el término “recuperación”;
- Definir y describir elementos del “manejo de la recuperación”;
- Señalar seis etapas del cambio y describir como mínimo una característica en cada etapa;
- Describir en forma concisa los principios del tratamiento de la OMS-ONUDD;
- Identificar al menos cinco factores que pueden afectar el éxito de una persona en tratamiento;
- Definir y proporcionar ejemplos de “capital de recuperación”
- Describir los componentes del tratamiento;
- Definir y proporcionar ejemplos del continuo de la atención; y
- Describir en forma concisa cinco intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia.

## Materiales de la Capacitación

Los materiales de la capacitación incluyen:

- Este *Manual del/de la Participante;*
- Un cuaderno; y

Cada módulo de su *Manual del/de la Participante* incluye:

- Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje para el módulo;
- Un programa de trabajo;
- Diapositivas en PowerPoint impresas de tres en tres, con espacio para tomar notas;
- Páginas de Apoyo con información adicional o con instrucciones y materiales para los ejercicios; y
- Un resumen del módulo.

El *Manual del/de la Participante* también consta de un glosario (Anexo A) y de una lista de recursos (Anexo B).

Sus capacitadores(as) les entregarán un cuaderno para que lo utilicen como su diario personal. Podrán utilizar este cuaderno de diversas maneras. Podrán tomar nota de:

- Temas sobre los que les gustaría leer más;
- Un principio sobre el que les gustaría reflexionar más;
- Una técnica que les gustaría intentar;
- Formas en que podrían aplicar en su trabajo algunos de los puntos que están aprendiendo; y
- Posibles obstáculos para utilizar los nuevos conocimientos.

Por otra parte, sus capacitadores(as) les pedirán completar breves tareas de escritura.

La publicación TAP 21 se desarrolló en los Estados Unidos para proporcionar una base común sobre la cual fundamentar la capacitación y la certificación de los/las profesionales en adicciones. La publicación aborda las siguientes interrogantes:

- ¿Qué estándares profesionales deben guiar a los/las terapeutas que trabajan con personas que padecen TUS?
- ¿Cuál sería un alcance de práctica apropiado para el campo de la consejería para los TUS?
- ¿Qué competencias se asocian a resultados positivos del tratamiento?
- ¿Qué conocimientos, habilidades, y actitudes deben tener en común todos los/las profesionales del tratamiento de los TUS?

La publicación TAP 21 puede ser una referencia útil para ustedes. Sin embargo, tengan presente que desarrollar competencia en consejería requiere tiempo y experiencia. La publicación TAP 21 representa un conjunto ideal de metas y no un punto de partida. ¡No se sientan abrumados(as)! Lo lograrán.

## *Para obtener el mejor provecho de su experiencia de capacitación*

Para obtener el mejor provecho de su experiencia de capacitación:

- Si tienen un supervisor(a), hablen con él o ella antes de comenzar la capacitación. Descubran cuáles son sus expectativas con respecto a ustedes.
- Reflexionen sobre qué quieren aprender de cada módulo.
- Acudan preparados(as) a cada sesión; revisen las páginas del manual correspondientes a los módulos que se presentarán.
- Sean participantes activos(as). Participen en los ejercicios, formulen preguntas, escriban en sus cuadernos, y reflexionen sobre la información adicional que necesitarán.
- Hablen con sus supervisores(as) [o con sus compañeros(as) de trabajo, si no tienen supervisor(a)] después de la capacitación. Conversen sobre lo que han aprendido para asegurarse de entender cómo la información se relaciona con su trabajo.
- Analicen con sus supervisores(as) o compañeros(as) de trabajo las formas en que podrían poner en práctica lo aprendido, y continuar avanzando.
- **¡Diviértanse!**

# Módulo 0

## DEPARTAMENTO DE ESTADO DE LOS EE.UU.

MÓDULO 0
U.S. DEPARTMENT of STATE

¡Felicitaciones!
Como participante en esta capacitación, se está uniendo a una comunidad global en rápido crecimiento de profesionales en el uso de sustancias
U.S. DEPARTMENT of STATE
2
MODULE - 0

## ¿Cómo se define esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

**En la última década, un número creciente de personas:**

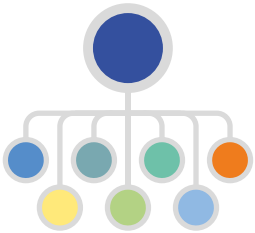
- ✓ han sido entrenados
- ✓ se han acreditado
- ✓ estudian en universidades con programas especializados en adicciones
- ✓ operan en el contexto de un sistema de control de drogas más grande
- ✓ se han adherido a los enfoques basados en la ciencia y la investigación
- ✓ se han unido a asociaciones de profesionales de uso de sustancias
- ✓ han establecido redes a través de las asociaciones de profesionales

U.S. DEPARTMENT of STATE 3 MODULE - 0

## ¿Quiénes son los miembros de esta comunidad global de profesionales de uso de sustancias?

**Personas que trabajan en todo el mundo en los campos de prevención y tratamiento del uso de sustancias tanto en el sector público como privado**

**Organizaciones que actúan como portales o "puertas" para que las personas se unan a la comunidad global**



U.S. DEPARTMENT of STATE 4 MODULE - 0

ISSUP INTERNATIONAL SOCIETY OF SUBSTANCE USE PROFESSIONALS

## ISSUP es la sigla para International Society of Substance Use Professionals, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias

- ✓ ISSUP fue lanzado por INL en 2015 como una organización no gubernamental global, sin fines de lucro, para profesionalizar la fuerza laboral mundial de prevención y tratamiento.
- ✓ ISSUP brinda a los miembros oportunidades para compartir conocimientos, intercambiar experiencias y mantenerse al día con la investigación actual en el campo

*Cont.*

U.S. DEPARTMENT of STATE 5 MODULE - 0

**ISSUP es la sigla para International Society of Substance Use Professionals, Sociedad Internacional de Profesionales del Uso de Sustancias**

- ✓ Existen más de 10,000 miembros de ISSUP alrededor del mundo.
- ✓ Únase en forma gratuita a uno de los 4 niveles de membresía en: www.issup.net
- ✓ Puede obtener créditos por este y otros cursos por ISSUP

U.S. DEPARTMENT of STATE 6 MODULE - 0

ICUDDR

**ICUDDR es la sigla para International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda.**

- ✓ Es un consorcio global de universidades para promover programas académicos enfocados en prevención y tratamientos basados en la ciencia
- ✓ Es un foro colaborativo para individuos de organizaciones para apoyar y compartir curriculos, particularmente este serie de Curriculum Universal, y experiencias en la enseñanza y entrenamiento

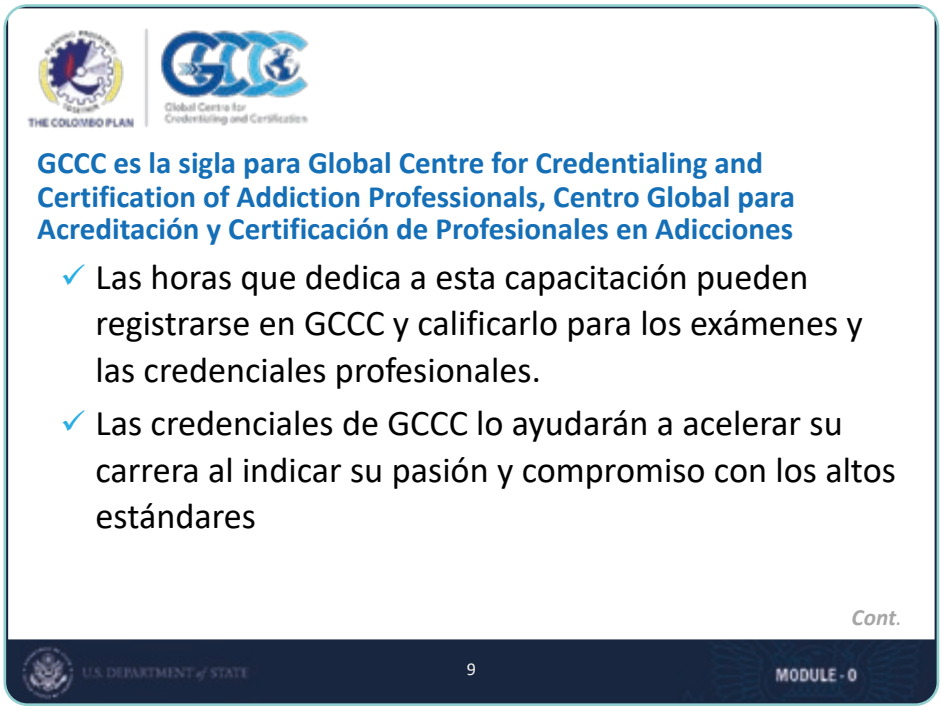
*Cont.*

U.S. DEPARTMENT of STATE 7 MODULE - 0

**ICUDDR es la sigla para International Consortium of Universities for Drug Demand Reduction, Consorcio Internacional de Universidades para la Reducción de la Demanda.**

Conozca más acerca de programas especializados en adicciones en universidades alrededor del mundo en www.icuddr.com

U.S. DEPARTMENT of STATE 8 MODULE - 0


THE COLOMBO PLAN
Global Centre for Credentialing and Certification
GCCC es la sigla para Global Centre for Credentialing and Certification of Addiction Professionals, Centro Global para Acreditación y Certificación de Profesionales en Adicciones
✓ Las horas que dedica a esta capacitación pueden registrarse en GCCC y calificarlo para los exámenes y las credenciales profesionales.
✓ Las credenciales de GCCC lo ayudarán a acelerar su carrera al indicar su pasión y compromiso con los altos estándares
Cont.
U.S. DEPARTMENT of STATE
9
MODULE - 0

**GCCC es la sigla para Global Centre for Credentialing and Certification of Addiction Professionals, Centro Global para Acreditación y Certificación de Profesionales en Adicciones**

Obtenga información sobre cómo aplicar lo último en prevención y tratamiento basados en la investigación en: www.globalccc.org

U.S. DEPARTMENT of STATE 10 MODULE - 0

**¿Quién financia y apoya a esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?**

La Oficina de Asuntos Internacionales de Narcóticos y Aplicación de la Ley (INL) del Departamento de Estado de EE.UU., financiada por el contribuyente estadounidense

U.S. DEPARTMENT of STATE 11 MODULE - 0

### ¿Dónde se reúne esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

- ✓ Digitalmente, a través de ISSUP y sus redes y
- ✓ Presencialmente: a través de capacitaciones, en entornos de campus universitarios y en conferencias celebradas a nivel global, nacional, regional y local.

U.S. DEPARTMENT of STATE 12 MODULE - 0

## ¿Cómo opera esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

**En el contexto de un marco internacional más amplio de control de drogas con 3 partes clave:**

- Los tres tratados o "convenios" internacionales de fiscalización de drogas de las Naciones Unidas
- Comisión de Estupefacientes (CND por sus siglas en inglés)
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (INCB por sus siglas en inglés)



## ¿Cuáles son las organizaciones internacionales clave que operan en el contexto de este marco de control de drogas más amplio?

| | |
|---|---|
| DAP | El Programa de Asesoramiento sobre Drogas (DAP por sus siglas en inglés) de Plan Colombo. |
| | La Comisión Interamericana para el Control del Abuso de Drogas (CICAD) de la Organización de Estados Americanos (OEA). |
| AFRICAN UNION | La Comisión de la Unión Africana (AUC por sus siglas en inglés). |
| UNODC | La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD). |
| World Health Organization | La Organización Mundial de la Salud (OMS). |

ISSUP INTERNATIONAL SOCIETY OF SUBSTANCE USE PROFESSIONALS

## ¿Cómo puedo participar en esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias?

**¡La forma más fácil es transformarse en un miembro active de ISSUP!**

- ✓ Registrese en forma gratuita en el sitio web de ISSUP en www.issup.net
- ✓ Seleccione el ícono “Hazte miembro”
- ✓ Seleccione uno de los cuatro niveles de membresía – todos gratuitos!
- ✓ Comience a establecer contactos con otros de manera continua

**¡Solo toma unos minutos registrarse y puede conectarse de inmediato con más de 10,000 miembros de ISSUP en todo el mundo!**

U.S. DEPARTMENT of STATE 15 MODULE - 0

**¿Cuáles son los beneficios reales de ser un miembro activo de esta comunidad global de profesionales del uso de sustancias? Usted puede:**

- ✓ Mantenerse informado
- ✓ Implementar mejores prácticas
- ✓ Acceder a capacitación y tutoría
- ✓ Convertir el entrenamiento en credenciales
- ✓ Acceder a ofertas de trabajo
- ✓ Acceder a investigaciones actualizadas
- ✓ Unirse a una red profesional
- ✓ Interactuar con otras redes profesionales.

U.S. DEPARTMENT of STATE 16 MODULE - 0

## LLAMADA A LA ACCIÓN

**Próximos pasos**

1. Únase a ISSUP en www.issup.net
2. Complete este entrenamiento para obtener créditos
3. Envíe sus créditos a GCCC en www.globalccc.org

**Participe en ISSUP**

- ➢ Publique en ISSUP: Encuentre instrucciones sencillas sobre cómo publicar en el sitio web de ISSUP
- ➢ Involucre a las redes de ISSUP: conéctese con colegas y amplíe su impacto

U.S. DEPARTMENT of STATE 17 MODULE - 0

# Módulo 1

## INTRODUCCIÓN A LA CAPACITACIÓN

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *21*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *21*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *22*
*Páginas de Apoyo* ..... *40*
*Resumen* ..... *46*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Ceremonia de Bienvenida | 20 minutos | |
| Bienvenida del capacitador(a), temas administrativos y reglas básicas | 10 minutos | |
| Ejercicio en parejas: Presentaciones Personales | 60 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Presentación: Materiales de la Capacitación | 10 minutos | |
| Presentación: ¿Por qué esta capacitación? | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupo grande: Expectativas de la Capacitación | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: ¿Qué se entiende por recuperación? | 30 minutos | |

# *Metas y Objetivos del Módulo 1*

## *Metas de la Capacitación*

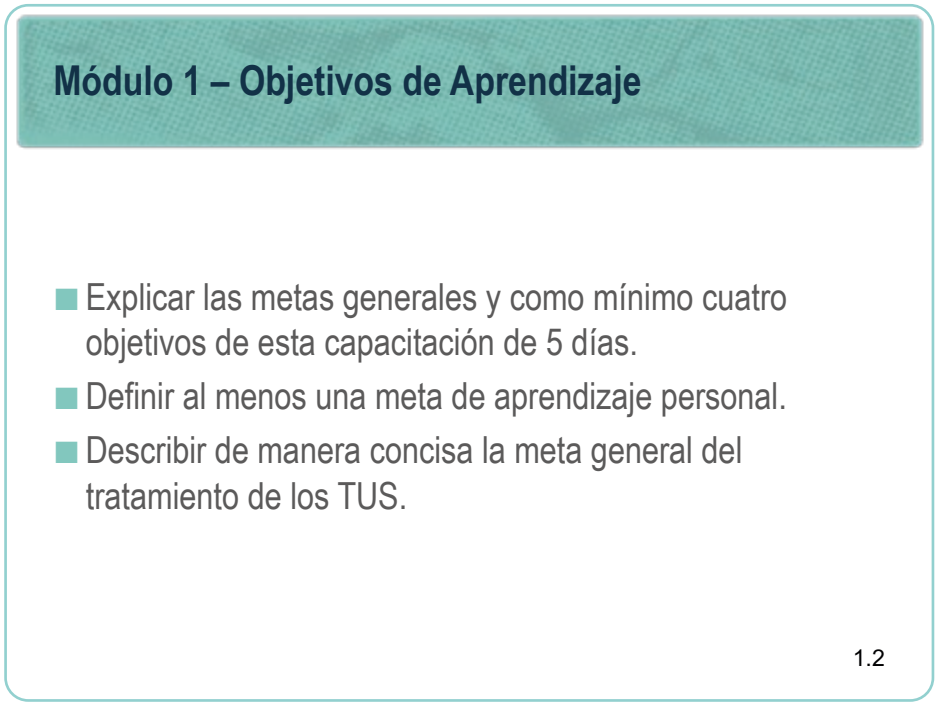
- Crear un comunidad y un ambiente de aprendizaje positivo;
- Brindar a los/las participantes información de contexto sobre por qué se está llevando a cabo la capacitación;
- Proporcionar a los/las participantes un resumen de las metas generales de la capacitación, de los objetivos y del enfoque de aprendizaje del curso; y
- Proporcionar a los/las participantes una breve introducción al concepto de tratamiento y recuperación para personas con trastornos por uso de sustancias (TUS).

## *Objetivos de Aprendizaje*

Los/Las participantes que completen el Módulo 1 serán capaces de:

- Explicar las metas generales y como mínimo cuatro objetivos de esta capacitación de 5 días;
- Señalar al menos una meta de aprendizaje personal; y
- Describir de manera concisa la meta general del tratamiento de los TUS.

UNIVERSAL CURRICULUM
Treatment of Substance Use Disorders
UTC
Currículo de Tratamiento Universal para Trastornos por Uso de Sustancias
Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias
El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones
Curso 2
MODULO 1
INTRODUCCIÓN A LA CAPACITACIÓN
THE COLOMBO PLAN
DAP
Drug Advisory Programme

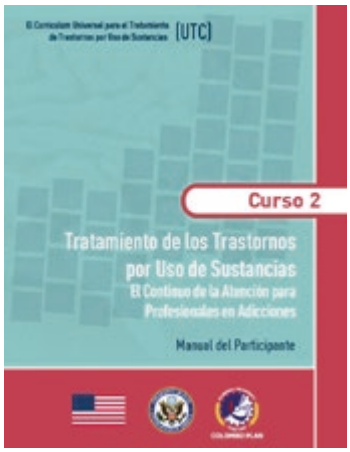

Módulo 1 – Objetivos de Aprendizaje
Explicar las metas generales y como mínimo cuatro objetivos de esta capacitación de 5 días.
Definir al menos una meta de aprendizaje personal.
Describir de manera concisa la meta general del tratamiento de los TUS.
1.2

## Ejercicio en parejas: Presentaciones Personales

- ¿Cuál es su nombre?
- ¿Qué cargo ocupa en la institución donde trabaja? ¿En qué consiste su trabajo?
- ¿Puede contarme una experiencia divertida reciente o un dato interesante sobre usted (podría ser una habilidad especial, un interés, un pasatiempo, etc.)?

1.3

## Materiales de Capacitación



1.4

## El Problema Global

- 269 millones de personas entre las edades de 15 y 64 años usaron sustancias ilícitas en al menos una ocasión en el 2018.

Fuente: ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.5

## El Problema Global

- 35.6 millones de personas sufren trastornos por uso de sustancias.
- Las personas que sufren trastornos por uso de sustancias requieren tratamiento.

Fuente: ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.6

## Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – 5 (DSM–5)

- Publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría.
- Proporciona criterios estándar para la clasificación de los trastornos mentales.
- El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se define como un patrón problemático de uso de sustancias que conduce a una discapacidad o aflicción clínicamente significativa que se manifiesta por el cumplimiento de al menos dos de los 11 criterios que se producen en un período de 12 meses.
- El nivel de gravedad se mide según un continuo que varía de leve a severo.

Fuente: American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC: Author

1.7

## Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales – 5 (DSM–5)

- El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) se define como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados en al menos 2 de los 11 criterios en algún momento durante un periodo continuado de 12 meses (DSM 5).

1.8

## Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11)

- Publicada por la OMS, y cubre la salud como un todo.
- Abarca más tipos de sustancias que la CIE-10.
- Los trastornos por el uso de sustancias se caracterizan por el patrón de consumo y sus consecuencias. La CIE-11 los clasifica de la siguiente forma:
  - Episodio único de uso perjudicial de sustancias.
  - Patrón de uso perjudicial de sustancias.
  - Dependencia de sustancias.
  - Intoxicación.
  - Abstinencia.

ICD-11 : International Classification of Disease for Mortality and Morbidity Statistics. (Eleventh Revision ed.): World Health Organisation.

1.9

## El Problema Global

- Aproximadamente 11.3 millones de personas se inyectaban drogas en el año 2018.
- Alrededor de un 12.6% de las personas que se inyectan drogas vive con VIH, lo que corresponde a 1.4 millones de personas.
- Alrededor de un 48.5% de personas que se inyectan drogas, o unos 5.5 millones de personas, viven con Hepatitis C.

ONUDD. (2020). Informe Mundial sobre las Drogas 2020. New York: United Nations.

1.10

## El Problema Global

- Las consecuencias globales de los TUS son de gran alcance e incluyen:
  - Tasas más altas de hepatitis y tuberculosis.
  - Pérdida de productividad.
  - Lesiones y muertes causadas por accidentes automovilísticos y otros accidentes.
  - Muertes por sobredosis.
  - Suicidios.
  - Violencia.

1.11

## El Problema Global

- "Continúa existiendo una enorme necesidad no cubierta en cuanto a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para los trastornos por uso de drogas, especialmente en los países en desarrollo".

*— Yuri Fedotov,*
Director Ejecutivo, ONUDD
(2010 a 2019)

Fuente: ONUDD. (2011). Informe Mundial sobre las Drogas 2011 (p. 9). New York: United Nations.

1.12

## Metas de la Serie de Capacitación

- Desarrollar la capacidad de tratamiento a nivel internacional a través de:
  - Capacitación
  - Profesionalización
  - Ampliación de la fuerza laboral.

1.13

## Cursos de la Serie

- **El Curso 1 del UTC:** *Introducción a la Ciencia de la Adicción* (3 días).
  - Es un curso básico, no un curso práctico o basado en el desarrollo de destrezas.
  - Presenta una reseña general de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral y de la farmacología de las sustancias psicoactivas.

1.14

## Cursos de la Serie

- **El Curso 3 del UTC:** *Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones* (3 días).
  - Proporciona una visión general de los trastornos co-ocurrentes (TCO), y la relación entre ellos.
  - Analiza el tratamiento de los TCO y de los problemas asociados, así como de los trastornos mentales y médicos que comúnmente co-ocurren con los TUS.

1.15

## Cursos de la Serie

- **El Curso 4 del UTC:** *Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones* (5 días).
  - Proporciona una comprensión básica de la relación terapéutica.
  - Proporciona oportunidades para aumentar las habilidades de consejería y de la entrevista motivacional.
  - Introduce la psicoeducación y el desarrollo de habilidades de recuperación como componentes del tratamiento de los TUS.

1.16

## Cursos de la Serie

- **El Curso 5 del UTC:** *Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones* (5 días).
  - Proporciona una visión general de un proceso eficaz e integrado de detección, evaluación y planificación del tratamiento en el tratamiento de los TUS.
  - Introduce el uso de herramientas válidas de detección y de evaluación.
  - Destaca la importancia de la documentación en el proceso.

1.17

## Cursos de la Serie

- **El Curso 6 del UTC:** *El Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones* (2 días)
  - Proporciona conocimientos sobre el manejo de casos en el tratamiento de los TUS.
  - Describe las funciones del manejo de casos (planificación, vinculación, monitoreo, defensoría, consultas y colaboración)
  - Proporciona oportunidades para poner en práctica el manejo de casos.

1.18

## Cursos de la Serie

- **El Curso 7 del UTC:** *Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones* (2 días).
  - Desarrolla una comprensión de la crisis.
  - Proporciona pautas para el manejo de las crisis, para el manejo de riesgos de suicidio, y para evitar las crisis personales (autocuidado del/de la terapeuta).

1.19

## Cursos de la Serie

- **El Curso 8 del UTC:** *Ética para Profesionales en Adicciones* (4 días).
  - Desarrolla una comprensión de la ética en la práctica del tratamiento de los TUS.
  - Proporciona una visión general de las normas de la conducta profesional definidas en el Código de Ética.
  - Introduce el modelo de la toma de decisiones éticas y proporciona oportunidades para la práctica.

1.20

## Metas de la Capacitación del Curso 2 del UTC

- Proporcionar a los/las participantes una comprensión de la recuperación y del manejo de la recuperación.
- Proporcionar a los/las participantes una visión completa de la naturaleza del cambio; y
- Proporcionar a los/las participantes conocimientos del proceso y de los elementos del tratamiento de los TUS.

1.21

## Curso 2 del UTC - Objetivos de Aprendizaje

- Definir y describir la “recuperación”.
- Definir y describir los elementos del “manejo de la recuperación”.
- Identificar las seis etapas del cambio y describir como mínimo una característica en cada etapa.
- Describir en forma concisa los Principios de un Tratamiento Efectivo.
- Identificar al menos cinco factores que pueden afectar el éxito de una persona en tratamiento.

1.22

## Curso 2 del UTC - Objetivos de Aprendizaje (continuación)

- Definir y proporcionar ejemplos del “capital de recuperación”.
- Describir los componentes del tratamiento.
- Definir y proporcionar ejemplos del continuo de la atención.
- Describir en forma concisa cinco intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia.

1.23

## Ejercicio: Expectativas de la Capacitación

- Escriban dos expectativas de la capacitación en su tarjeta de apuntes.

1.24

## Ejercicio en grupos pequeños: ¿Qué se entiende por recuperación?

- Formen grupos pequeños.
- Deberán preparar una breve presentación que defina el término recuperación.
- Incluyan ejemplos de la vida real.
- ¡Sean creativos(as)!

1.25

## *Página de Apoyo 1.1:*

### *Criterios para el Diagnóstico de los Trastornos por Uso de Sustancias del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM–5)*

El Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) es un patrón problemático de consumo de una sustancia intoxicante que produce un deterioro o malestar clínicamente significativo que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. La sustancia a menudo se consume en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fallidos de abandonar o de controlar el uso de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. *Cravings* o deseos intensos o impulsos de usar la sustancia.
5. Uso recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de obligaciones importantes en el trabajo, lugar de estudio, o el hogar.
6. Uso continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de su uso.
7. Se abandonan o se dedica menos tiempo a actividades sociales, profesionales o recreacionales importantes debido al uso de la sustancia.
8. Uso recurrente de la sustancia en situaciones en las que es físicamente peligroso.
9. Se continúa con el uso de sustancias a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia, definida por una de las siguientes situaciones:
    a. Una necesidad de usar cantidades notoriamente mayores de una sustancia para lograr la intoxicación o el efecto deseado.
    b. Un efecto notablemente reducido tras el uso continuado de la misma cantidad de la sustancia.
11. Abstinencia, manifestada por:
    a. El síndrome de abstinencia característico de la sustancia (excluye la fenciclidina, otros alucinógenos e inhalantes).
    b. La sustancia (o alguna sustancia muy similar) es consumida para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

**Nota:** Este criterio no se considera cumplido para quienes toman opioides, sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, o medicamentos estimulantes únicamente bajo supervisión médica adecuada.

https://www.drugabuse.gov/publications/media-guide/science-drug-abuse-addiction-basics

# *Página de Apoyo 1.2:*
## *Clasificación de Trastornos Mentales y Conductuales — CIE-11*

Los trastornos debidos al uso de sustancias incluyen episodios únicos de uso perjudicial de sustancias, trastornos por uso de sustancias (uso perjudicial de sustancias y dependencia de sustancias) y los trastornos inducidos por sustancias, tales como la intoxicación por sustancias, la abstinencia de sustancias y los trastornos mentales inducidos por sustancias, las disfunciones sexuales y los trastornos del sueño–vigilia.

### *Trastornos debidos al uso de sustancias*

Los trastornos debidos al uso de sustancias se caracterizan por el patrón de uso y sus consecuencias. Además de la intoxicación por sustancias, éstas tienen propiedades inductoras de la dependencia, lo que da lugar a la dependencia de sustancias en algunas personas y a la abstinencia de sustancias cuando se reduce o se interrumpe su uso. La sustancia causa una amplia gama de daños que afectan a la mayor parte de los órganos y sistemas del organismo, los que podrían clasificarse como episodio único de uso perjudicial y patrón de uso perjudicial. El daño a terceras personas ocasionado por comportamientos durante la intoxicación por sustancias se incluye en las definiciones del uso perjudicial de sustancias. Se reconocen diversos trastornos mentales inducidos por sustancias y formas de deterioro neurocognitivo relacionado con sustancias.

### *Episodio único de uso perjudicial de sustancias.*

Un episodio único de uso de una sustancia, que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas. El daño provocado a la salud de la persona ocurre debido a uno o más de los siguientes hechos:

1. comportamiento relacionado con la intoxicación;
2. efectos tóxicos directos o secundarios en órganos y sistemas del organismo; o
3. una vía de administración perjudicial.

El daño a la salud de los demás incluye toda forma de daño físico, incluyendo el trauma o el trastorno mental, que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de episodio único de uso perjudicial.

Este diagnóstico no debe realizarse si el daño se atribuye a un patrón conocido de uso de sustancias.

**Exclusión**

- Patrón de uso perjudicial de sustancias.
- Dependencia de sustancias.

### *Patrón de uso perjudicial de sustancias.*

Un patrón de uso de sustancias psicoactivas que ha causado daño a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas. El patrón de uso de sustancias psicoactivas es evidente durante un período de al menos 12 meses si el uso de sustancias es episódico o de al menos un mes si el uso es continuo. El daño provocado a la salud de la persona ocurre debido a uno o más de los siguientes hechos:

1. comportamiento relacionado con la intoxicación;
2. efectos tóxicos directos o secundarios en órganos y sistemas del organismo; o
3. una vía de administración perjudicial.

El daño a la salud de los demás incluye toda forma de daño físico, incluyendo el trauma o el trastorno mental, que sea directamente atribuible al comportamiento relacionado con la intoxicación por la sustancia psicoactiva por parte de la persona a la que se aplica el diagnóstico de patrón de uso perjudicial de sustancias psicoactivas.

**Exclusión.**

- Dependencia de sustancias.
- Episodio de uso perjudicial de sustancias

## *Dependencia de sustancias.*

La dependencia de una sustancia psicoactiva es un trastorno de la regulación del uso de la sustancia psicoactiva que surge del uso repetido o continuo de la sustancia psicoactiva. El rasgo característico es:

- Un fuerte impulso interno de usar la sustancia psicoactiva, que se manifiesta como una incapacidad de controlar el uso, aumentando la prioridad otorgada al consumo por sobre otras actividades, y la persistencia del uso a pesar del daño o las consecuencias negativas. Estas experiencias suelen ir acompañadas de una sensación subjetiva de necesidad o deseo intenso de consumir la sustancia psicoactiva.
- También podrían estar presentes las características fisiológicas de la dependencia, incluyendo la tolerancia a los efectos de la sustancia psicoactiva, los síntomas de abstinencia después del cese o la reducción en el uso de la sustancia psicoactiva, o el consumo repetido de la sustancia psicoactiva o de sustancias farmacológicamente similares para prevenir o aliviar los síntomas de abstinencia.

Las características de la dependencia suelen ser evidentes durante un período de al menos 12 meses, pero el diagnóstico podría realizarse si el uso de la sustancia psicoactiva es continuo (diario o casi diario) durante al menos 1 mes.

**Exclusión.**

- Episodio de uso perjudicial de sustancias
- Patrón de uso perjudicial de sustancias.

## *Intoxicación*

La intoxicación es un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del uso de una sustancia psicoactiva y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, de la cognición, de la percepción, del comportamiento afectivo o de la coordinación. Estas alteraciones son causadas por los efectos farmacológicos conocidos de la sustancia psicoactiva y su intensidad está estrechamente relacionada con la cantidad consumida. Los rasgos que se presentan podrían incluir alteraciones de la atención, comportamiento inapropiado o agresivo, labilidad del estado de ánimo, alteración del juicio, mala coordinación, marcha inestable y dificultad para hablar. En niveles más severos de intoxicación, podría producirse estupor o coma.

### *Abstinencia*

La abstinencia es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y/o características fisiológicas, que varían en grado de severidad y duración, que se produce tras el cese o la reducción del consumo de alcohol en individuos que han desarrollado una dependencia o que han usado sustancias psicoactivas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Los rasgos que presenta la abstinencia podrían incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz, alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias y, distractibilidad. Con menor frecuencia, el estado de abstinencia se complica con convulsiones. El estado de abstinencia podría evolucionar hacia una forma muy grave de delirio caracterizada por confusión y desorientación, delirios y alucinaciones visuales, táctiles o auditivas prolongadas.

**Nota:** Los criterios de diagnóstico detallados pueden consultarse en el sitio web de la OMS.

**Nota:** En el momento de la actualización de este Curso, la CIE-11 estaba en las fases finales de revisión y aún no se había publicado formalmente. Sin embargo, con el fin de proporcionar a los capacitandos(as) del Currículo Universal la orientación más reciente y actualizada sobre los trastornos por uso de sustancias, INL y el Grupo Consultivo de Expertos en Tratamiento solicitaron la inclusión del lenguaje de la CIE-11, “en su estado actual”.

## *Página de Apoyo 1.3:*

*La Serie de Capacitación a Nivel Básico del Currículo de Tratamiento Universal (UTC) para Trastornos por Uso de Sustancias*

**Curso 1 del UTC:** Introducción a la Ciencia de la Adicción

**Curso 2 del UTC:** Tratamiento de Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones **(este curso)**

**Curso 3 del UTC:** Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes – Una Visión General para Profesionales en Adicciones

**Curso 4 del UTC:** Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones

**Curso 5 del UTC:** Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación y Documentación del Tratamiento para Profesionales en Adicciones

**Curso 6 del UTC:** Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones

**Curso 7 del UTC:** Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones

**Curso 8 del UTC:** Ética para Profesionales en Adicciones

# *Módulo 1 —*
# *Introducción a la Capacitación, Resumen*

## *El problema a nivel mundial*

- El uso de sustancias psicoactivas continúa representando un problema a nivel mundial. Un estudio realizado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) reveló que, en el año 2018, 269 millones de personas entre las edades de 15 y 64 consumieron sustancias ilícitas al menos en una ocasión en ese año[1].
- Las sustancias ilícitas que formaron parte del estudio incluyeron opioides, cannabis, cocaína, otros estimulantes de tipo anfetamínico, alucinógenos, y éxtasis, entre otras.
- Una cantidad significativa de personas que usan sustancias psicoactivas desarrolla TUS.
- El trastorno por uso de sustancias es un término general utilizado para describir una gama de problemas asociados al uso de sustancias (incluyendo el uso de drogas ilícitas y el uso indebido de medicamentos prescritos).
- Existen dos sistemas de clasificación que se utilizan en el diagnóstico de los trastornos por uso de sustancias o TUS: el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE).
- El Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (American Psychiatric Association - APA), ofrece un lenguaje común y criterios estándar para la clasificación de los trastornos mentales.
- En el 2013, la APA actualizó el DSM, reemplazando las categorías de abuso de sustancias y de dependencia de sustancia por una categoría única: el trastorno por uso de sustancias (TUS).
- El TUS se define como un patrón desadaptativo de uso de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados en al menos 2 de los 11 criterios en algún momento durante un período continuado de 12 meses. El nivel de gravedad se mide según un continuo que varía de leve a severo.
- Los síntomas asociados al TUS se dividen en cuatro grandes grupos: alteración del control, discapacidad social, consumo riesgoso y, criterios farmacológicos (p. ej., tolerancia y abstinencia).
- Otro sistema de clasificación se refiere a la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), publicada por la Organización Mundial de la Salud.
- Se diferencia del DSM en que abarca la salud como un todo. Según la CIE-11, los patrones de uso de sustancias psicoactivas se clasifican de la siguiente manera:
  - Episodio único de uso perjudicial de una sustancia psicoactiva – se refiere a un episodio único de uso de una sustancia psicoactiva que ha causado daños a la salud física o mental de una persona o que ha dado lugar a un comportamiento que ha provocado daños a la salud de otras personas.

1 United Nations Office on Drugs and Crime, World Drug Report 2020

- Uso perjudicial – si el patrón de uso está causando daños a la salud. El daño podría ser físico (como en casos de hepatitis a partir de la autoadministración de drogas inyectadas) o mental (p. ej. episodios de trastorno depresivo como consecuencia del consumo excesivo de alcohol), y
- Dependencia – si el uso de una sustancia o de un tipo de sustancias adquiere mayor prioridad para una persona determinada que otros comportamientos que alguna vez tuvieron un mayor valor. Se produce una compulsión por consumir drogas, y señales físicas de un estado de abstinencia tras la ocurrencia de ésta.
- Intoxicación – un estado transitorio clínicamente significativo que se desarrolla durante o poco después del consumo y que se caracteriza por alteraciones de la conciencia, de la cognición, la percepción, el comportamiento afectivo o la coordinación.
- Abstinencia – es un conjunto clínicamente significativo de síntomas, comportamientos y/o características fisiológicas, que varían en grado de severidad y duración, que se produce tras el cese o la reducción del consumo de alcohol en individuos que han desarrollado una dependencia o que han consumido sustancias psicoactivas durante un período prolongado o en grandes cantidades. Las características que presenta la abstinencia podrían incluir hiperactividad autonómica, aumento del temblor de manos, náuseas, arcadas o vómitos, insomnio, ansiedad, agitación psicomotriz; alucinaciones visuales, táctiles o auditivas transitorias y, distractibilidad.

- El informe de la ONUDD calcula que un total de 35.6 millones de personas entre las edades de 15 y 64 padece trastornos por uso de sustancias. Las personas que son afectadas por los trastornos por uso de sustancias o las que padecen trastornos por uso de sustancias son aquel subconjunto de individuos que usan drogas y que requieren tratamiento, atención de salud y de servicios sociales, y rehabilitación.
- El estudio realizado por las Naciones Unidas también concluyó que:
  - 11.3 millones de personas se inyectaban drogas en el año 2018.
  - Alrededor de un 12.6% de las personas que se inyectan drogas vive con VIH, lo que corresponde a 1.4 millones de personas.
  - Alrededor de un 48.5% de personas que se inyectan drogas, o unos 5.5 millones de personas, viven con Hepatitis C.
- Las consecuencias globales de los TUS son de gran alcance e incluyen por ejemplo:
  - Tasas más altas de VIH/SIDA; hepatitis y tuberculosis;
  - Pérdida de productividad;
  - Lesiones y muertes causadas por accidentes automovilísticos y otros accidentes;
  - Hospitalizaciones y muertes por sobredosis;
  - Suicidios; y
  - Violencia.
- Las cifras son significativas. El Director Ejecutivo de la ONUDD, Yuri Fedotov (2010-2019), ha señalado que “continúa existiendo una enorme necesidad no cubierta en cuanto a la prevención, tratamiento, atención y apoyo para los trastornos por uso de drogas, especialmente en los países en desarrollo”. Existen varias razones para ello, pero una de ellas es la falta de capacidad de tratamiento adecuada.

## La Serie de Capacitación

- Este curso forma parte de una serie de capacitación desarrollada por Plan Colombo, con financiamiento del Departamento de Estado de los Estados Unidos.
- El objetivo general de esta serie de capacitación es disminuir los problemas de salud, sociales y económicos asociados a los TUS, mediante la construcción de capacidades de tratamiento a nivel internacional a través de la capacitación, la profesionalización y la expansión de la fuerza laboral global de tratamiento.
- La serie prepara a los/las terapeutas para la certificación profesional en el nivel básico, proporcionándoles la información necesaria y capacitación en habilidades específicas. Encontrarán un listado de los cursos incluidos en la serie de capacitación en la Página de Apoyo 1.3 de sus manuales.

## Otros cursos de la serie.

- El Curso 1 del UTC: Introducción a la Ciencia de la Adicción es un curso de 3 días de duración que presenta una visión general exhaustiva de la adicción; proporciona una comprensión de la fisiología de la adicción como una enfermedad cerebral; y describe la farmacología de las sustancias psicoactivas.
- El Curso 2 del UTC: Tratamiento de los Trastornos por Uso de Sustancias – El Continuo de la Atención para Profesionales en Adicciones es un curso básico de 5 días de duración. Proporciona las bases requeridas para aprender sobre el tratamiento de los TUS. No se trata de un curso práctico o basado en habilidades, pero proporciona un contexto para los cursos basados en habilidades de la serie que se impartirán más adelante. Ofrece una visión general de la recuperación y del manejo de la recuperación, de las etapas del cambio, de los principios de un tratamiento eficaz, de los componentes del tratamiento, de los factores que afectan los resultados del tratamiento, y de las prácticas basadas en la evidencia, incluyendo la consejería de parejas y de las familias.
- El Curso 3 del UTC: Trastornos Médicos y Mentales Co-ocurrentes Comunes — Una Visión General para Profesionales en Adicciones es un curso de 3 días de duración. También se trata de un curso básico que proporciona una visión general de la relación entre los trastornos co-ocurrentes entre sí y los problemas de tratamiento relacionados con los TUS. Proporciona descripciones breves de los trastornos médicos y mentales más comunes co-ocurrentes con los TUS.
- El Curso 4 del UTC: Habilidades Básicas de Consejería para Profesionales en Adicciones es un curso basado en habilidades de 5 días de duración. Proporciona una visión general de la relación terapéutica. También ofrece oportunidades para aprender y practicar habilidades básicas de la consejería y de la entrevista motivacional, que son esenciales en cada etapa del tratamiento y en cada tipo de consejería, incluyendo el trabajo con familias. El curso también cubre las habilidades básicas de consejería y de psicoeducación grupal (para personas usuarias y miembros de la familia).
- El Curso 5 del UTC: Ingreso, Detección, Evaluación, Planificación del Tratamiento y Documentación para Profesionales en Adicciones es un curso basado en habilidades de 5 días de duración que proporciona conocimientos sobre un proceso eficaz e integrado de evaluación y planificación del tratamiento/de los servicios. También destaca la importancia de la documentación en el proceso de tratamiento.

- El Curso 6 del UTC: El Manejo de Casos para Profesionales en Adicciones es un curso básico basado en habilidades, de dos días de duración, que proporciona una visión general del manejo de casos en el tratamiento de los TUS y que posibilita la puesta en práctica de habilidades en las funciones del manejo de casos, tales como la planificación, vinculación, monitoreo, defensoría, consulta, y colaboración.
- El Curso 7 del UTC: Intervención en Crisis para Profesionales en Adicciones, de dos días de duración, aborda el concepto de crisis como parte de la vida y proporciona pautas para la intervención y la práctica del manejo de crisis, incluyendo el manejo del riesgo suicida. También aborda las formas en que los/las terapeutas pueden evitar situaciones de crisis personales proporcionando información y ejercicios sobre el autocuidado del/de la terapeuta.
- El Curso 8 del UTC: Ética para Profesionales en Adicciones es un curso de 4 días que tiene como objetivo desarrollar una comprensión de la ética en el tratamiento de los TUS y proporciona una visión general de la conducta profesional tal como se define en el Código de Ética. Proporciona la oportunidad de aprender y de poner en práctica el proceso de la toma de decisiones éticas. El curso aborda además la importancia de la supervisión como parte de la práctica ética.

# Módulo 2

## LA RECUPERACIÓN Y EL MANEJO DE LA RECUPERACIÓN

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *51*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *51*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *52*
*Páginas de Apoyo* ..... *66*
*Resumen* ..... *70*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Introducción al Módulo 2 | 5 minutos | |
| Presentación: Una definición consensuada del término recuperación | 20 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Principios rectores de la recuperación | 40 minutos | |
| ***Almuerzo*** | ***60 minutos*** | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Principios rectores de la recuperación (continuación) | 55 minutos | |
| Presentación: Introducción al manejo de la recuperación | 20 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |

# Metas y Objetivos del Módulo 2

## Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general del concepto de Recuperación, la meta general del tratamiento de los trastornos por uso de sustancias (TUS); y
- Proporcionar una introducción al manejo de la recuperación.

## Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 2 serán capaces de:

- Definir la recuperación;
- Definir la abstinencia en el contexto de la recuperación;
- Señalar y describir en forma concisa como mínimo seis principios rectores de la recuperación;
- Definir el manejo de la recuperación; y
- Definir los sistemas de atención orientados a la recuperación

## Objetivos de Aprendizaje del Módulo 2

- Definir la recuperación.
- Definir la abstinencia en el contexto de la recuperación.
- Señalar y describir en forma concisa como mínimo seis principios rectores de la recuperación.
- Definir el manejo de la recuperación.
- Definir los sistemas de atención orientados a la recuperación.

2.2

## Las Sustancias Psicoactivas

- "La recuperación de problemas de alcohol y de drogas es un proceso de cambio a través del cual un individuo logra la abstinencia y mejor salud, bienestar y calidad de vida".

Fuente: U.S. Center for Substance Abuse Treatment. (2007). National Summit on Recovery: Conference report. HHS Publication No. (SMA) 07-4276. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Extraído en julio 12, 2011, de http://www.pfr.samhsa.gov/docs/Summit_Rpt_1.pdf

2.3

## La Recuperación

- Un proceso de cambio.
- Crecimiento continuo y mejoras en el funcionamiento.
- El manejo de la recuperación durante toda la vida.

2.4

## Elementos de la recuperación

El concepto de recuperación implica lo siguiente:

a) Un reconocimiento personal de la necesidad de cambio y transformación.
b) Se trata de un proceso voluntario y autodirigido.
c) La recuperación puede entenderse como un continuo de mejoras de la salud y el bienestar, que podría involucrar recaídas y que supone el mantenimiento de los logros alcanzados.
d) Implica la integración (y la inclusión) y la construcción (o reconstrucción) de una vida en la comunidad

(Center for Substance Abuse Treatment, 2007; The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; SAMHSA, 2012).

2.5

## La Abstinencia en el Contexto de la Recuperación

- No consumir alcohol o alguna droga psicoactiva no prescrita.
- No usar indebidamente alguna droga psicoactiva prescrita.

2.6

## ¿Qué ocurre con la Nicotina y la Cafeína?

2.7

## Bienestar

- El bienestar es el estado óptimo de salud de individuos y grupos.
- Dos cuestiones centrales:
  - la realización del máximo potencial de un individuo física, psicológica, social, espiritual y económicamente, y
  - el cumplimiento de las expectativas de los roles de una persona en la familia, la comunidad, el lugar de culto, el lugar de trabajo y otros entornos (OMS, 2006).

2.8

## Bienestar

**LAS OCHO DIMENSIONES DEL BIENESTAR**

https://store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma16-4958.pdf

2.9

## La Recuperación de los Trastornos por Uso de Sustancias y de los Trastornos Mentales: Definición del 2011

- La recuperación de trastornos mentales y/o de trastornos por uso de sustancias es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, llevan vidas autodirigidas y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.

La recuperación de trastornos mentales y/o de trastornos por uso de sustancias es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, llevan vidas autodirigidas y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.

2.10

## Ejercicio en grupos pequeños: Los Principios Rectores de la Recuperación – Preparación y Presentación

- Asignación del trabajo para los grupos:
  - Grupo 1: Principios 1, 2 y 3
  - Grupo 2: Principios 4, 5 y 6
  - Grupo 3: Principios 7, 8 y 9
  - Grupo 4: Principios 10, 11 y 12
- Deberán preparar una presentación sobre cada uno de los principios asignados.
- ¡Sean creativos(as)! Utilicen imágenes, historias, ejemplos de la vida real.

2.11

## El Manejo de la Recuperación

- Cambia el enfoque desde episodios discretos de tratamiento, o atención aguda, hacia una visión de la recuperación de largo plazo dirigida por la persona

2.12

## Elementos del Manejo de la Recuperación

- Empoderamiento de la persona.
- Evaluación.
- Desarrollo de los recursos de la recuperación.
- Educación y capacitación en la recuperación.
- Monitoreo y apoyo continuos.
- Promoción y defensa de la recuperación.
- Tratamiento y servicios de apoyo basados en la evidencia.

Fuente: White, W.L., Boyle, M.G., Loveland, D.L., & Corrington, P.W. (n.d.). What is behavioral health recovery management? A brief primer. Extraído en julio 12, 2011, de http://www.bhrm.org/papers/BHRM%20primer.pdf

2.13

## Empoderamiento de la persona

- Asegurarse de que las personas en tratamiento participen plenamente en:
  - La planificación de su tratamiento y recuperación.
  - La planificación, el diseño y la evaluación de los programas de tratamiento.

2.14

## Evaluación

- Identificación tanto de los problemas como de las **FORTALEZAS** de las personas y sus familias.

2.15

## Desarrollo de los Recursos de la Recuperación

- La vinculación de los recursos personales, profesionales y propios de la comunidad local con los equipos del manejo de la recuperación.
- Orientar a la persona y a su familia en su relación con una comunidad mayor de experiencias compartidas (una comunidad de recuperación).

**Sistemas de atención orientados a la recuperación**

2.16

## Educación y Capacitación en la Recuperación

- Mejorar los conocimientos y habilidades basados en la recuperación de las personas de sus familias, de los proveedores de servicios y de la comunidad en general.

2.17

## Monitoreo y Apoyo Continuo

- Controles profesionales.
- Orientación de pares y tutorías para la recuperación.

2.18

## Promoción y Defensa (Advocacy) de la Recuperación

- Abogar por políticas sociales e institucionales que combatan el estigma y la discriminación.
- Abogar por sistemas que promuevan la recuperación a largo plazo.

2.19

## Servicios de Tratamiento y Apoyo Basados en la Evidencia

- Remplazar servicios de tratamiento y apoyo para la recuperación menos efectivos por enfoques que tengan una base más sólida de respaldo científico.
- Desarrollar servicios que eliminen barreras para la recuperación y mejoren el capital de recuperación de las personas.

2.20

## *Página de Apoyo 2.1:*

### *Principios Rectores de la Recuperación*[1]

1. **Existen muchos caminos hacia la recuperación.** Las personas son seres únicos con determinadas necesidades, fortalezas, metas; actitudes hacia la salud, comportamientos y expectativas de la recuperación. Los caminos hacia la recuperación son muy personales y en general implican una redefinición de la identidad frente a una crisis o un proceso de cambio progresivo. Por otra parte, los caminos suelen ser de tipo social, fundamentados en creencias o tradiciones culturales. Los caminos hacia la recuperación implican recursos comunitarios informales, los cuales brindan apoyo para la abstinencia. Los caminos podrían incluir uno o más episodios de tratamiento psicosocial y/o farmacológico. Para algunos(as), la recuperación no implica ni tratamiento ni participación en grupos de ayuda mutua. La recuperación es un proceso de cambio que permite que un individuo tome decisiones saludables y mejore la calidad de su vida.
2. **La recuperación es autodirigida y empodera al individuo.** El camino hacia la recuperación podría implicar uno o más períodos donde las actividades se encuentran dirigidas o guiadas en gran medida por otras personas. Sin embargo, la recuperación es un proceso fundamentalmente autodirigido. La persona en recuperación es el agente de la recuperación y tiene la autoridad para ejercer sus opciones y tomar decisiones basadas en sus propias metas de recuperación. El proceso de recuperación lleva a los individuos hacia el nivel más alto de autonomía del que son capaces. Autonomía significa la capacidad de un individuo de ser independiente y de tomar decisiones informadas sin estar bajo coerción. A través del auto-empoderamiento, las personas se vuelven optimistas sobre sus metas de vida.
3. **La recuperación involucra un reconocimiento personal de la necesidad de cambio y transformación.** Las personas deben aceptar que existe un problema y estar dispuestas a tomar medidas para abordarlo; estos pasos por lo general implican la búsqueda de ayuda para lidiar con un trastorno por uso de sustancias. El proceso de cambio puede involucrar aspectos físicos, emocionales, intelectuales y espirituales de la vida de una persona.
4. **La recuperación es holística.** La recuperación es un proceso mediante el cual gradualmente se alcanza un mayor equilibrio de mente, cuerpo y espíritu en relación con otros aspectos de la vida de cada quien, incluyendo la familia, el trabajo y la comunidad.
5. **La recuperación posee dimensiones culturales.** El proceso de recuperación de cada persona es único y es impactado por creencias y tradiciones culturales. La experiencia cultural de una persona a menudo le da forma al camino de recuperación correcto para él o ella.
6. **La recuperación se produce en un continuo de mejoras de la salud y el bienestar.** La recuperación no es un proceso lineal. Se basa en el crecimiento continuo y mejoras en el funcionamiento. Podría involucrar recaídas y otros contratiempos, los cuales son una parte natural del continuo, pero no son resultados inevitables. El bienestar es el resultado de una mejor atención y de un equilibrio de mente, cuerpo y espíritu. Es un producto del proceso de recuperación.

1 U.S. Center for Substance Abuse Treatment. (2007). National Summit on Recovery: Conference report. HHS Publication No. (SMA) 07-4276. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

7. **La recuperación surge de la esperanza y de la gratitud.** Las personas en recuperación o que están en búsqueda de ella suelen obtener esperanza de quienes comparten su búsqueda o su experiencia de recuperación. Pueden darse cuenta de que las personas tienen la capacidad y que de hecho logran superar los obstáculos que se les presentan, y experimentan gratitud por las oportunidades que cada día de recuperación les presenta.
8. **La recuperación implica un proceso de sanación y de auto-redefinición.** La recuperación es un proceso holístico de sanación en el que la persona desarrolla un sentido de identidad positivo y significativo. Lo holístico implica relacionarse o abordar el todo en lugar de sólo las partes individuales. En este contexto, por ejemplo, significaría una sanación física, mental y espiritual.
9. **La recuperación implica abordar la discriminación y trascender la vergüenza y la estigmatización.** La recuperación es un proceso mediante el cual las personas se enfrentan al estigma y se esfuerzan por superarlo.
10. **La recuperación es apoyada por pares y aliados.** Un denominador común en el proceso de recuperación se refiere a la presencia y participación de personas que contribuyen con esperanza y apoyo, sugiriendo estrategias y recursos para lograr el cambio. Los pares, así como los miembros de la familia y otros aliados(as), forman redes de apoyo vitales para las personas en recuperación. Brindar servicios a los demás y experimentar la sanación mutua ayuda a crear una comunidad de apoyo entre las personas en recuperación.
11. **La recuperación implica (re)unirse y (re)construir una vida en la comunidad.** La recuperación implica un proceso de construcción de lo que una persona nunca tuvo o una reconstrucción de lo que una persona ha perdido a causa de su condición y de sus consecuencias. La recuperación implica la creación de una vida dentro de las limitaciones impuestas por esa condición. La recuperación es construir o reconstruir relaciones saludables en el ámbito familiar, social y personal. Las personas en recuperación a menudo logran mejoras en la calidad de sus vidas, tales como educación, empleo y vivienda. También se involucran crecientemente en papeles constructivos en la comunidad a través de la ayuda a los demás, actos productivos y otras contribuciones.
12. **La recuperación es una realidad.** Es algo que puede suceder, que sucederá y que de hecho sucede.

## *Página de Apoyo 2.2:*

### *Los Once Principios del Manejo de la Recuperación de la Salud Mental*[2]

1. **Enfocarse en la recuperación.** El modelo del Manejo de la Recuperación de la Salud Mental (BHRM por sus siglas en inglés) hace hincapié en los procesos de recuperación por sobre los procesos de la enfermedad trabajando por alcanzar recuperaciones totales y parciales, y poniendo énfasis en las fortalezas y resiliencias de las personas en lugar de en sus déficits. La recuperación vuelve a introducir la noción de que absolutamente todas las metas de la vida son posibles para las personas con trastornos severos de salud conductual.
2. **Aplicar la tecnología.** Los rápidos avances en la tecnología deben aplicarse a la recuperación de graves enfermedades mentales y adicciones. La tecnología que se utiliza en otros campos puede adoptarse o adaptarse para hacer frente a los problemas de salud conductual.
3. **Empoderar al/a la persona.** Quien se encuentra en el centro del modelo del BHRM es el/la persona, y no el/la profesional. La meta es hacer que cada persona asuma la responsabilidad del manejo de su proceso de recuperación a largo plazo y el logro de una vida autodeterminada y autorrealizada.
4. **Integrar los servicios.** Sobre la base del reconocimiento de que los trastornos graves aumentan la vulnerabilidad frente a otros trastornos y problemas, el modelo BHRM busca coordinar servicios segregados categóricamente dentro de una respuesta integrada enfocada en la persona y no en la propiedad territorial de los problemas de la persona.
5. **Luchar contra el estigma.** El modelo BHRM pretende "normalizar" o de otro modo respetar las experiencias de una persona con los trastornos de salud mental y, posteriormente, ofrecer servicios de apoyo continuo. Las personas comienzan a adoptar imágenes positivas de la salud conductual que debilitan los prejuicios y la discriminación que con frecuencia acompañan a la prestación de servicios.
6. **Generar asociatividad para la recuperación.** En el modelo BHRM, el rol profesional tradicional de "expertos(as)" y "proveedores(as) de tratamiento" cambia de forma progresiva hacia una relación colaborativa del manejo de la recuperación con la persona. Dentro de esta relación colaborativa, el/la profesional actúa principalmente como "terapeuta de la recuperación".
7. **Utilizar prácticas basadas en la evidencia.** El modelo BHRM hace hincapié en la aplicación de intervenciones basadas en la evidencia en todas las etapas del proceso de estabilización y recuperación de la enfermedad, pero la prueba definitiva es la concordancia entre la intervención y la persona en un momento determinado, de acuerdo con la experiencia y la respuesta de éste(a).
8. **Ecología de la recuperación en la comunidad.** La familia (tal como la defina la persona) y la comunidad constituyen una reserva de apoyo para la recuperación a largo plazo de los trastornos de salud conductual. El modelo BHRM busca mejorar la disponibilidad y las capacidades de apoyo de la familia, de las redes sociales más cercanas, y de las instituciones locales (p. ej., grupos de ayuda mutua, organizaciones basadas en la fe) para las personas que se recuperan de trastornos de salud conductual. El modelo BHRM amplía además el lugar de la prestación de los servicios desde el entorno profesional hacia el medio ambiente natural del/de la persona en tratamiento.

2 International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. (2008). Drug dependence treatment: Sustained recovery management. Vienna: UNODC.

9. **Utilizar algoritmos clínicos.** Conforme avanza el conocimiento y la aplicación de las prácticas basadas en la evidencia, el reto consiste en saber qué enfoques de tratamiento utilizar con determinados individuos a medida que avanzan por las etapas del cambio y el tratamiento. Se han desarrollado algoritmos de medicamentos que especifican las prescripciones de primera línea preferidas para diagnósticos determinados, la dosificación y los plazos para la evaluación de sus efectos. Se requieren algoritmos similares de apoyo a la práctica para los/las profesionales médicos que utilicen tratamientos psicosociales.
10. **Proporcionar monitoreo y apoyo.** El modelo BHRM hace hincapié en la necesidad de seguimiento, retroalimentación y estímulo continuos; en la vinculación a apoyos locales; y, cuando sea necesario, en la reincorporación y la reintervención temprana. Este modelo de servicios sostenidos de apoyo y monitoreo de la recuperación contrasta con los modelos que proporcionan episodios repetidos que se caracterizan por "evaluar, ingresar, tratar y dar de alta"; que es el proceso tradicional en el tratamiento de los trastornos por uso de sustancias. También contrasta con los programas de salud mental que se centran en la estabilización y el mantenimiento de la supresión de los síntomas en lugar de centrarse en la recuperación y el crecimiento personal.
11. **Evaluación continua.** Las intervenciones de apoyo y de servicio deben adaptarse a las necesidades únicas y específicas de las etapas de cada persona a medida que él o ella avanza a través de las etapas de la recuperación. En el modelo BHRM, tanto la valoración como la evaluación se convierten en actividades continuas en lugar de actividades que marcan el inicio y la conclusión de un episodio de servicio.

# *Módulo 2 —*
# *La Recuperación y el Manejo de la Recuperación, Resumen*

## *Una Definición Consensuada*

- Uno de los problemas en el campo del tratamiento de los TUS ha sido la falta de una definición consensuada de la recuperación. El Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias de la SAMHSA de los EE.UU intentó rectificar esta situación convocando a una Cumbre Nacional sobre la Recuperación, que se llevó a cabo en septiembre de 2005. Los/las participantes en la cumbre eran líderes en el campo del tratamiento y de la recuperación. Este grupo elaboró esta definición consensuada de la recuperación:
  - "La recuperación de problemas de alcohol y de drogas es un proceso de cambio a través del cual un individuo logra la abstinencia y mejor salud, bienestar y calidad de vida".
  - El grupo elaboró además una lista de principios rectores de la recuperación[1].
- En primer lugar, la recuperación se define como un proceso de crecimiento continuo y de mejoras en el funcionamiento. No se trata de una meta que una persona alcanza. Se trata más bien de un proceso de manejo de la recuperación a lo largo de la vida de una persona.
- El concepto de la recuperación implica:
  - Un reconocimiento personal de la necesidad de cambio y transformación. El proceso de cambio puede involucrar aspectos físicos, emocionales, intelectuales y espirituales de la vida de una persona.
  - Se trata de un proceso voluntario y autodirigido. La persona que está en recuperación es un agente en este proceso, con autoridad para ejercer sus opciones y tomar decisiones basadas en sus propias metas de recuperación.
  - La recuperación puede entenderse como un continuo de mejoras de la salud y el bienestar, que podría involucrar recaídas como un elemento natural de este continuo; y que supone el mantenimiento y el aumento de los logros alcanzados con el tiempo.
  - Implica la integración (y la inclusión) y la construcción (o reconstrucción) de una vida en la comunidad, a través de la construcción o reconstrucción de relaciones familiares, personales y sociales saludables[2].
- Hay coincidencia general en que la abstinencia es necesaria (si bien no suficiente) para la recuperación.
  - "La abstinencia se puede definir como el hecho de no consumir alcohol o alguna droga psicoactiva no prescrita y no usar indebidamente alguna droga psicoactiva prescrita."

1 Center for Substance Abuse Treatment. (2007). National Summit on Recovery: Conference report. HHS Publication No. (SMA) 07-4276. Rockville, MD: Health and Human Services Administration. Obtenido el 9 de mayo de 2011, del sitio http://www.pfr.samhsa.gov/docs/Summit_Rpt_1.pdf

2 Center for Substance Abuse Treatment, 2007; The Betty Ford Institute Consensus Panel, 2007; SAMHSA, 2012

- Pero, ¿qué ocurre con la nicotina y la cafeína, que son sustancias psicoactivas? Hay poca controversia sobre la cafeína porque el potencial de problemas sociales o físicos relacionados con su consumo es muy bajo. La nicotina, sin embargo, es otro asunto. Aunque el consumo de nicotina por parte de los adultos es legal en todas partes, su potencial de daño es muy alto. Existe controversia respecto a si la abstinencia de nicotina debiera incluirse en la definición general de abstinencia.
- En todo caso, por ahora, la mayor parte de los/las profesionales del área considera que una persona que continúa consumiendo nicotina después de haber dejado de usar otras sustancias sigue estando en abstinencia y en recuperación.
- Existen muchas formas de considerar el bienestar.
- El bienestar es el estado óptimo de salud de individuos y grupos. Existen dos cuestiones centrales: la realización del máximo potencial de un individuo física, psicológica, social, espiritual y económicamente, y el cumplimiento de las expectativas de los roles de una persona en la familia, la comunidad, el lugar de culto, el lugar de trabajo, y otros entornos[3].
- Es evidente que el bienestar es un concepto con múltiples dimensiones:
  - Social;
  - Ocupacional;
  - Espiritual;
  - Física;
  - Intelectual;
  - Financiera;
  - Psicológico / Emocional; y
  - Ambiental (el rol de la persona en la familia, la comunidad y la sociedad).
- En el año 2010, SAMHSA nuevamente convocó a un panel para examinar qué se entiende por recuperación.
- Este panel estaba formado por expertos(as) en las áreas de los trastornos mentales y de los TUS, quienes desarrollaron una definición unificada y consensuada de la recuperación, que abarca tanto los trastornos mentales como los trastornos por uso de sustancias:
  - La recuperación de trastornos mentales y/o de trastornos por uso de sustancias es un proceso de cambio a través del cual las personas mejoran su salud y bienestar, llevan vidas autodirigidas y se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial.
- Existe una importante coincidencia entre las dos definiciones: Ambas hablan de un proceso de cambio y abordan el concepto del bienestar. Otros aspectos de la definición unificada del año 2010 se abordaron en los principios rectores originales de la recuperación mencionados anteriormente. A continuación, vamos a realizar un ejercicio considerando estos principios. Este ejercicio les permitirá examinar en profundidad la recuperación. Un conocimiento lo más acabado posible del proceso de la recuperación proporciona una base importante para aprender sobre el proceso de tratamiento de los TUS[4].

3 http:www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/
4 https://blog.samhsa.gov/2012/03/23/defintion-of-recovery-updated/#.WPg6mliGOUk

## *Introducción al manejo de la recuperación*

- El manejo de la recuperación es el contexto bajo el cual examinaremos el continuo de la atención. Este modelo de atención cambia el enfoque desde episodios discretos de tratamiento, o atención aguda, hacia una visión de la recuperación de largo plazo dirigida por la persona usuaria.
- William White, un líder del pensamiento en el campo del tratamiento de los TUS, y sus colegas, identifican siete elementos de un programa integral del manejo de la recuperación:
  - Empoderamiento de la persona usuaria;
  - Evaluación;
  - Desarrollo de los recursos de la recuperación;
  - Educación y capacitación en la recuperación;
  - Monitoreo y apoyo continuos;
  - Promoción y defensa de la recuperación; y
  - Tratamiento y servicios de apoyo basados en la evidencia[5].
- El empoderamiento de la persona usuaria incluye asegurarse de que las personas en tratamiento participen plenamente en la planificación de su tratamiento y recuperación. En un contexto más amplio, también implica que las personas en recuperación sean incluidas en la planificación, el diseño y la evaluación de los programas de tratamiento.
- La evaluación incluye la identificación tanto de los problemas como de las fortalezas de las personas y sus familias. El manejo de la recuperación es un modelo que se basa en las fortalezas, por lo que identificarlas es un aspecto crítico (y a veces desestimado) de la evaluación.
- El desarrollo de los recursos de la recuperación implica crear un continuo completo de servicios de tratamiento y de apoyo a la recuperación. Esto incluye la vinculación de los recursos personales, profesionales y propios de la comunidad local con los equipos del manejo de la recuperación. También implica orientar a la persona y a su familia en su relación con una comunidad mayor de experiencias compartidas (una comunidad de recuperación).
- En este contexto, los recursos de las comunidades locales podrían incluir grupos de apoyo, recursos espirituales o religiosos, recursos de apoyo comunitario o tribal, entre otros.
- La vinculación entre estos recursos se conoce como un sistema de atención orientado a la recuperación. Para mayor claridad, un sistema de atención orientado a la recuperación no es un sistema gubernamental o no gubernamental. Se refiere a la red completa de servicios y relaciones profesionales y no profesionales que pueden apoyar la recuperación de largo plazo de las personas y las familias.
- La educación y capacitación en la recuperación se refiere a mejorar los conocimientos y habilidades basados en la recuperación de las personas en recuperación, de sus familias, de los proveedores de servicios y de la comunidad en general.

5 White, W.L., Boyle, M.G., Loveland, D.L., & Corrington, P.W. (2005). What is behavioral health recovery management? A brief primer

- El monitoreo y apoyo continuos significa la continuidad del contacto y del apoyo a lo largo del tiempo, generalmente durante un largo período. Esto puede incluir controles con profesionales clínicos, a través de los cuales personal del programa mantiene al menos un contacto mínimo y periódico con personas usuarias tratadas anteriormente. También puede incluir orientación de pares y tutorías para la recuperación. El concepto de orientación de pares y de tutorías para la recuperación se relaciona con la idea del apadrinamiento de los programas de los 12 Pasos, pero no se limita a eso.
- El monitoreo y apoyo continuos forma parte de un sistema de atención orientado a la recuperación.
- La defensoría (advocacy) de la recuperación significa abogar por políticas sociales e institucionales que combatan el estigma y la discriminación; temas de los que hablamos en el Curso 1. También implica abogar por sistemas que promuevan la recuperación a largo plazo.
- Finalmente, disponer de servicios de apoyo para la recuperación y tratamiento basados en evidencia significa reemplazar aquellos servicios menos efectivos por enfoques que tienen una base científica más sólida. Vamos a referirnos de forma más específica a los enfoques basados en la evidencia más adelante en la capacitación.
- Este aspecto también incluye desarrollar servicios que eliminen barreras para la recuperación y mejoren el capital de recuperación de las personas.
- Aunque White y sus colegas describieron los siete elementos del manejo de la recuperación que acabamos de analizar, un documento sobre buenas prácticas publicado por la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) describe un modelo de 11 elementos[6].
- Ambos modelos presentan importantes coincidencias. La descripción del modelo de la ONUDD se encuentra en la Página de Apoyo 2.2 de sus manuales.

6 International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. (2008). Drug dependence treatment: Sustained recovery management. Vienna: UNODC.

# Módulo 3

## FACTORES QUE AFECTAN LOS RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *77*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *77*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *78*
*Páginas de Apoyo* ..... *97*
*Resumen* ..... *99*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Introducción al Módulo 3 | 10 minutos | |
| Presentación:<br>Los Determinantes Sociales de la Salud | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Identificación de los factores que podrían afectar los resultados del tratamiento | 30 minutos | |
| Presentación: El Capital de Recuperación | 15 minutos | |
| Día 1: Revisión e introducción al ejercicio del estudio de caso | 15 minutos | |
| Síntesis del Día 1 | 20 minutos | |

*Fin del día 1*

| | | |
|---|---|---|
| Día 2: Bienvenida y revisión del día 1 | 5 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de Caso | 80 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |

# *Metas y Objetivos del Módulo 3*

## *Metas de la Capacitación*

Analizar los efectos que tienen los factores individuales, programáticos y sociales en los resultados del tratamiento.

## *Objetivos de Aprendizaje*

Los/Las participantes que completen el Módulo 3 serán capaces de:

- Comprender la forma en que los determinantes sociales influyen en el tratamiento;
- Señalar cuatro categorías principales de factores que pueden afectar el tratamiento;
- Proporcionar al menos tres ejemplos de factores específicos para cada categoría;
- Definir y proporcionar ejemplos de “capital de recuperación”; e
- Identificar, a partir de un estudio de caso, los factores que podrían afectar el tratamiento para un individuo.

## Módulo 3 – Objetivos de Aprendizaje

- Comprender la forma en que los determinantes sociales influyen en el tratamiento.
- Señalar cuatro categorías principales de factores que pueden afectar el tratamiento.
- Proporcionar al menos tres ejemplos de factores específicos para cada categoría.

3.2

## Módulo 3 – Objetivos de Aprendizaje

- Definir y proporcionar ejemplos de “capital de recuperación”.
- Identificar, a partir de un estudio de caso, el capital de recuperación positivo y negativo que podría afectar el tratamiento de un individuo.

3.3

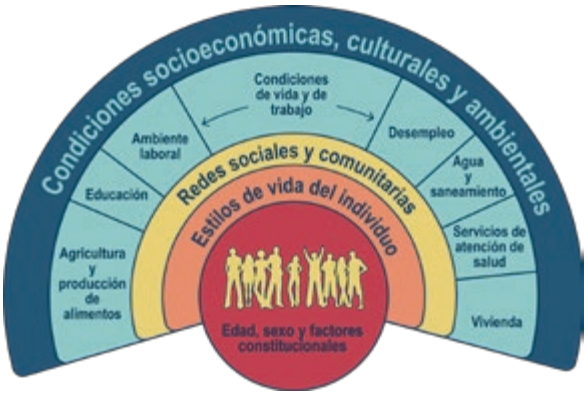
## Determinantes Sociales

- Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS) son las circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen – incluyendo el sistema de salud – como resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos globales, nacionales y locales, que a su vez dependen de las políticas adoptadas.

3.4

## Determinantes Sociales

- El Modelo Multinivel de Dahlgren y Whitehead




Fuente: Dahlgren and Whitehead, 1991

3.5

## Factores que Afectan los Resultados del Tratamiento

- Características individuales.
- La naturaleza y gravedad de los problemas.
- El proceso del tratamiento y los servicios proporcionados.
- Las condiciones ambientales y sociales.
- Factores Institucionales.
- Factores Familiares y Sociales.

Interacciones entre los factores

3.6

## Ejercicio en grupos pequeños: Identificación de los factores que podrían afectar los resultados del tratamiento

- Revisen los papeles sobre la mesa y seleccionen las frases que concuerdan con la categoría asignada a sus grupos.
- Dispongan sus frases en la hoja de papelógrafo que corresponda.
- Si se les ocurren factores adicionales, escríbanlos en un trozo de papel y dispónganlos en su hoja de papelógrafo.

3.7

## El Capital de Recuperación

- "…la suma de recursos personales y sociales a disposición del individuo para abordar la dependencia a las drogas y, sobre todo, para fortalecer las capacidades y oportunidades del individuo para la recuperación".

Fuente: Cloud, W. & Granfield, R. (2001) Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 1(1). 83-104

3.8

## El Capital de Recuperación

- Herramienta basada en las fortalezas que consiste en identificar y aprovechar los activos personales y sociales de una persona.

3.9

## Capital de Recuperación Ocho Dominios

Adaptado de: International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. (2008). Drug Dependence Treatment: Sustained Recovery Management. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime. P.18.

3.10

## El Capital de Recuperación Negativo

- En tanto los recursos en cada uno de estos dominios fortalecen la recuperación de un individuo, la *falta* de recursos puede perjudicar el proceso de recuperación y los resultados esperados.

3.11

## El Capital de Recuperación: Tres Tipos

Fuente: White, W.L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addiction professionals. Counselor Magazine, 9(5). 22-27.

3.12

## Capital de Recuperación Personal: Físico

- La salud física.
- Los recursos financieros.
- Una vivienda segura que favorezca la recuperación.
- Vestimenta.
- Alimentación.
- Acceso a Transporte.

3.13

## Capital de Recuperación Personal: Humano

- Los valores de una persona;
- Sus conocimientos;
- Sus habilidades vocacionales y educacionales, y credenciales;
- Sus capacidades para resolver problemas;
- Su autoconciencia;
- Su autoestima;
- Su autoeficacia.

3.14

## Capital de Recuperación Personal: Humano (Cont.)

- La esperanza y optimismo de una persona.
- La percepción de su pasado, presente y futuro.
- Su sentido de significado y propósito de la vida.
- Sus habilidades interpersonales.

3.15

## El Capital de Recuperación Familiar y Social

- Las relaciones íntimas.
- Las relaciones familiares y de parentesco.
- Toda relación social que favorezca los esfuerzos de recuperación.

3.16

## El Capital de Recuperación Familiar y Social

- Demostrado a través de:
  - La disposición de las parejas íntimas y de miembros de la familia para participar en el tratamiento.
  - La presencia de otras personas en recuperación dentro de la familia o entre sus contactos sociales.

3.17

## El Capital de Recuperación Familiar y Social (Cont.)

- Demostrado a través de:
  - El acceso a actividades de confraternidad y recreación basadas en la recuperación – o al menos en la abstinencia.
  - Las conexiones con instituciones: escuela, lugar de trabajo, lugar de oración, organizaciones comunitarias o tribales.

3.18

## Capital de Recuperación Comunitario y Cultural

- Las actitudes, políticas y recursos comunitarios relacionados con la adicción, que promueven la recuperación.

3.19

## El Capital de Recuperación Comunitario

- Comprende:
  - Esfuerzos activos para reducir el estigma.
  - Modelos de recuperación locales visibles y diversos [por ejemplo, un(a) líder de la comunidad que declare estar en recuperación];
  - Una gama completa de recursos para el tratamiento de la adicción; y
  - Recursos de recuperación accesibles y diversos de ayuda mutua y apoyo (tales como los programas de los 12 Pasos)

3.20

## El Capital de Recuperación Comunitario (Cont.)

- Incluye:
  - Instituciones locales de apoyo comunitario para la recuperación (centros de recuperación, casas club, etc.)
  - Fuentes de apoyo a la recuperación sostenida y reintervención temprana.

3.21

## El Capital Cultural

- Una forma de capital comunitario.
- Disponibilidad de elementos culturales locales para la recuperación, como la incorporación de valores y prácticas tribales en los programas de recuperación.

3.22

## El Capital de Recuperación

- El capital de recuperación, tanto en cantidad como en calidad, puede jugar un rol importante en determinar el éxito o fracaso del tratamiento y la recuperación

Fuente: White, W.L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addiction professionals. Counselor Magazine, 9(5). 22-27.

3.23

## Temas de Hoy: Revisión

- ¿Qué son los determinantes sociales de la salud?
- ¿Qué se entiende por “recuperación”?
- ¿Cuáles son algunos de los factores que podrían afectar los resultados del tratamiento?
- ¿Cuál es la definición de “capital de recuperación”?

3.24

## Fin del Día

3.25

## Ejercicio en grupos pequeños: Parte 1, Preparación del Estudio de Caso

- Describan en una hoja de papelógrafo a una persona que esté en el proceso de recuperación.
- Incluyan las características y los factores que podrían afectar el resultado del tratamiento para esa persona.
- ¡Escriban con claridad y proporcionen mucha información sobre la persona!

3.27

## Ejercicio en grupos pequeños: Parte 2, Identificación de Factores en el Estudio de Caso

- ¿Cuáles son los principales capitales de recuperación / recursos que apoyan el proceso de esta persona?
- Clasifíquenlos según el tipo de capital (Personal, Familiar y Social y/o Comunitario/Cultural).
- Reflexión final en grupo completo:
- En su experiencia: ¿Qué aspectos comunes se pueden identificar en los procesos de recuperación de las personas con TUS?

3.28

# *Página de Apoyo 3.1:*
## *Determinantes Sociales*

### *Modelo de Determinantes Sociales y Desigualdades en Salud (OMS, 2008)*

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), los determinantes sociales de la salud (DSS) son las circunstancias bajo las cuales las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen – incluyendo el sistema de salud – como resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos globales, nacionales y locales, que a su vez dependen de las políticas adoptadas.

Los DSS explican la mayor parte de las desigualdades en salud, es decir, las diferencias injustas y evitables que se observan en los países y entre ellos respecto del estado de la salud, incluida la salud mental. En consecuencia, la salud de las personas está en gran medida determinada por las condiciones psicosociales y materiales en las que viven y trabajan.

Estas desventajas tienden a concentrarse en torno a las mismas personas y sus efectos acumulativos sobre la salud perduran a lo largo de la vida, estableciendo la ventaja de un grupo sobre otro (gradiente social). El desgaste que sufren las personas que viven en circunstancias social o económicamente estresantes aumenta a medida que aumenta el tiempo que están expuestas a ellas y, en la misma medida, disminuyen sus posibilidades de disfrutar de una vejez saludable.

Cuando se habla de los determinantes sociales, se realiza un intento por comprender cómo se relacionan las causas de los casos individuales con las causas de la incidencia de enfermedades en la población.

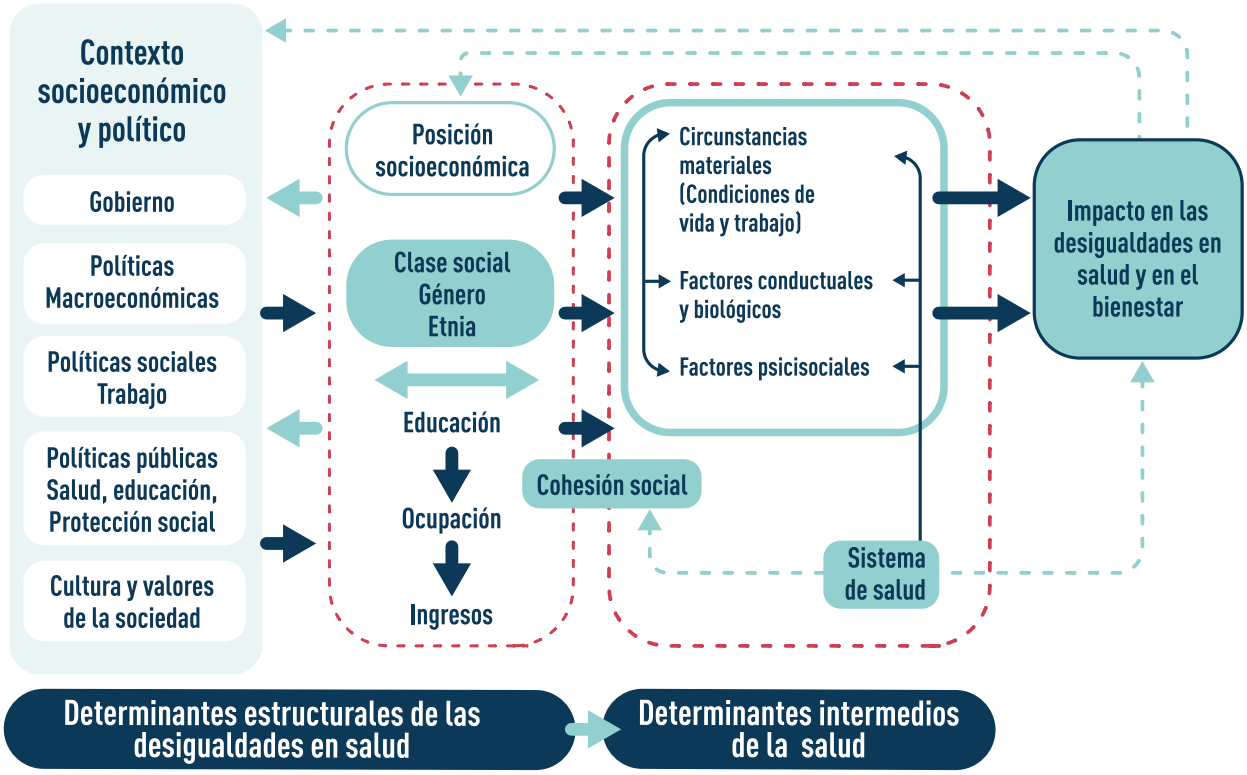
El Modelo Conceptual de los DSS y de las Desigualdades en la Salud de la OMS (2008) identifica los siguientes componentes básicos:

**a.** La situación socio-económica y política: se refiere al extenso conjunto de aspectos estructurales del sistema social que influye en los patrones de estratificación social y en consecuencia en las oportunidades de salud que tienen las personas. Entre dichos aspectos se encuentran el mercado laboral, el sistema educacional, y las instituciones políticas.

**b.** Determinantes estructurales: se refiere a aquellos atributos que fortalecen la estratificación social de una sociedad y definen la posición socioeconómica de las personas. Configuran la salud de un grupo social basándose en las jerarquías de poder, prestigio y acceso a recursos. Se han señalado como los causantes de las desigualdades en la salud. Entre ellos se encuentran: la posición social, género, etnia, acceso a educación y empleo. Actúan como determinantes intermedios para producir resultados en la salud.

**c.** Determinantes intermedios: Se distribuyen de acuerdo con la estratificación social y determinan las diferencias en función de la exposición y vulnerabilidad a condiciones perjudiciales para la salud. Sus principales categorías son las circunstancias materiales (por ejemplo, calidad de la vivienda y del vecindario, acceso a alimentación saludable y vestimenta adecuada, y entorno físico de trabajo), las circunstancias psicosociales (por ejemplo, factores de estrés psicosociales, tales como el acceso a drogas, percepción de riesgo de las redes sociales y de apoyo en relación con comportamientos perjudiciales), los factores conductuales y biológicos (nutrición, actividad física, uso de drogas, factores genéticos), la cohesión social (existencia de confianza y respeto mutuos entre los diversos grupos y sectores de la sociedad) y el sistema de salud propiamente tal (exposición y vulnerabilidad a factores de riesgo, disponibilidad, acceso y calidad de atención de los servicios y programas de salud y su capacidad de intervenir en las consecuencias de las enfermedades en la vida de las personas).

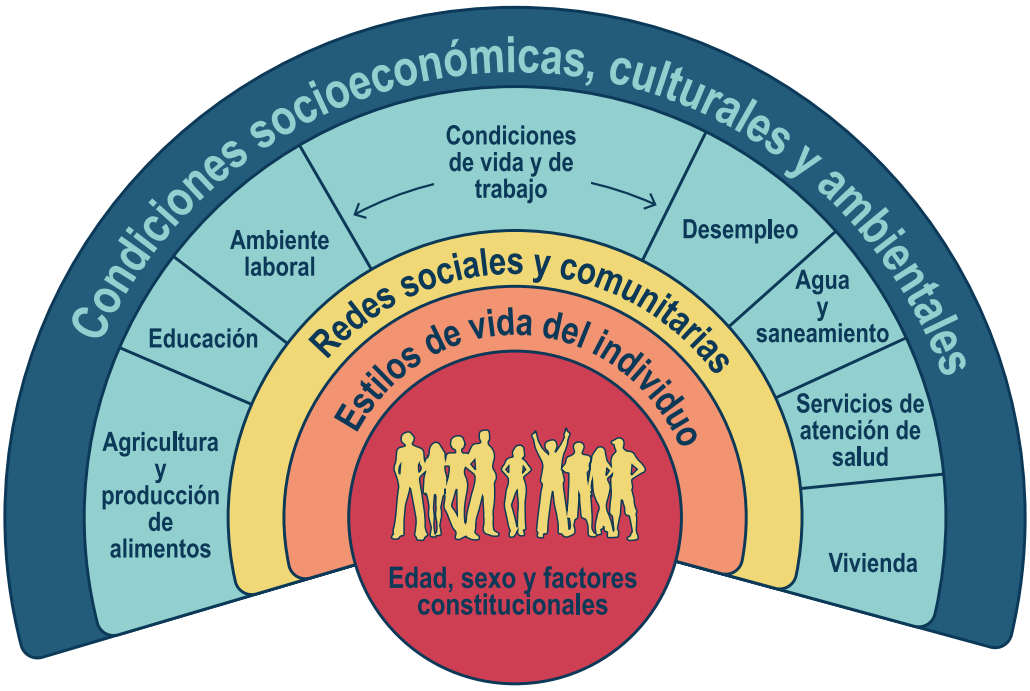
***Modelo de Determinantes Sociales y de Desigualdades en Salud de la OMS***



# *Módulo 3 —*
# *Factores que Afectan los Resultados del Tratamiento, Resumen*

## *Los Determinantes Sociales*

- Los determinantes sociales de la salud son las condiciones bajo las cuales las personas nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen, y el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que conforman las condiciones de la vida cotidiana.
- Estas fuerzas y sistemas incluyen las políticas y sistemas económicos, las agendas de desarrollo, las normas sociales, las políticas sociales y los sistemas políticos.
- (WHO, Social Determinants of Health. Disponibles en http://www.who.int/social_determinants/en/). Es importante tener presente este marco cuando se piensa en el proceso de recuperación que experimentan las personas con un TUS.
- Los DSS explican la mayor parte de las desigualdades en salud, es decir, las diferencias injustas y evitables que se observan en los países y entre ellos con respecto al estado de la salud, incluida la salud mental. En consecuencia, la salud de las personas está en gran medida determinada por las condiciones psicosociales y materiales en las que viven y trabajan.




Fuente: Dahlgren and Whitehead, 1991

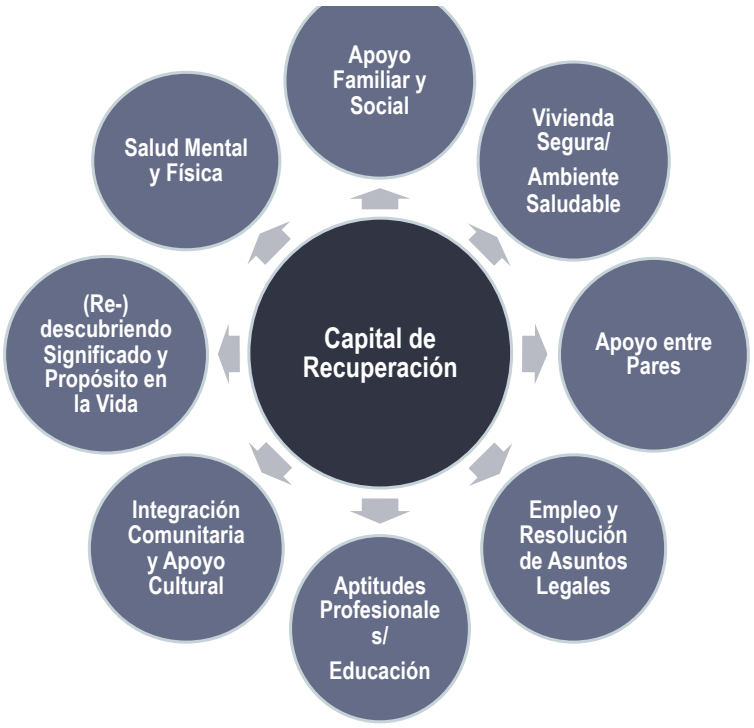
- Se han construido diferentes modelos explicativos sobre los DSS. El modelo multinivel de Dahlgren y Whitehead (1992), uno de los más conocidos, explica las desigualdades sociales en salud en diferentes niveles, representados a través de capas concéntricas: individuos, comportamientos y estilos de vida personales, influencias sociales, servicios de salud, salud, condiciones de vida y de trabajo. Y por encima de todos estos niveles se sitúa el contexto económico, cultural y medioambiental de la sociedad[1].
- La investigación ha revelado que los siguientes factores influyen en los resultados del tratamiento:
  - Las características de las personas en búsqueda de tratamiento;
  - La naturaleza y severidad de los problemas;
  - El proceso del tratamiento y los servicios proporcionados;
  - Las condiciones ambientales y sociales (incluidas las familias), tanto durante como después del tratamiento;
  - Factores institucionales; y
  - Factores familiares y sociales.
- Estos factores no se presentan necesariamente de forma aislada, por lo que es necesario considerar las interacciones entre ellos.

## *Capital de Recuperación*

- La frase "capital de recuperación" fue acuñada por Cloud y Granfield, quienes lo definieron como[2]:

  …la suma de recursos personales y sociales a disposición del individuo para abordar la dependencia a las drogas y, sobre todo, para fortalecer las capacidades y oportunidades del individuo para la recuperación.
- El concepto de capital de recuperación implica identificar y aprovechar los activos personales y sociales de una persona usuaria. Algunos de estos recursos podrían existir todavía en la vida de la persona usuaria, mientras que otros podrían haberse desarrollado en etapas tempranas de su vida y luego haberse perdido debido al consumo de sustancias. El capital de recuperación que nunca ha existido en la vida de una persona usuaria también se puede desarrollar: los apoyos sociales pueden ser movilizados, y las personas usuarias pueden aprender nuevas habilidades que favorezcan la recuperación.
- La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD) identifica ocho dominios, o áreas de la vida, del capital de recuperación:
  - Salud física y mental;
  - Apoyo familiar, social, y actividades recreativas;
  - Vivienda segura y ambientes saludables;
  - Apoyo basado en pares;
  - Empleo y resolución de problemas legales;
  - Habilidades vocacionales y desarrollo educacional;
  - Integración en la comunidad y apoyo cultural; y
  - (Re)-descubrir el significado y propósito de la vida[3].

1 Cloud, W. & Granfield, R. (2001) Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 1(1). 83–104.
2 Cloud, W. & Granfield, R. (2001) Natural recovery from substance dependency: Lessons for treatment providers. Journal of Social Work Practice in the Addictions, 1(1). 83–104.
3 International Network of Drug Dependence Treatment and Rehabilitation Resource Centres. (2008). Drug dependence treatment: Sustained recovery management. Vienna: UNODC.




- Como pueden ver, estas áreas están correlacionadas con las categorías generales de los factores que se ha descubierto afectan los resultados del tratamiento.
- En tanto los recursos en cada uno de estos dominios fortalecen la recuperación de un individuo, la falta de recursos puede perjudicar el proceso de recuperación y los resultados esperados. Esto se conoce como capital de recuperación negativo.
- White identifica tres tipos de capital de recuperación que deben ser objeto de atención por parte de los/las profesionales en adicciones:
  1. Personal;
  2. Familiar y social; y
  3. Comunitario y cultural[4].
- El capital de recuperación personal puede a su vez dividirse en capital físico y humano.
- El capital de recuperación físico de un individuo incluye aspectos como:
  - La salud física;
  - Los recursos financieros;
  - Una vivienda segura que favorezca la recuperación;
  - Vestimenta;
  - Alimentación; y
  - Acceso a transporte.

4 White, W.L., & Cloud, W. (2008). Recovery capital: A primer for addiction professionals. Counselor Magazine, 9(5). 22-27.

- El capital de recuperación humano de una persona incluye:
  - Sus valores;
  - Sus conocimientos;
  - Sus habilidades vocacionales y educacionales, y credenciales;
  - Sus capacidades para resolver problemas;
  - Su autoconciencia;
  - Su autoestima;
    - Su autoeficacia (es decir, la confianza en sí misma para manejar situaciones de alto riesgo).
    - Su esperanza y optimismo;
    - La percepción de su pasado, presente y futuro;
    - Su sentido de significado y propósito de vida; y
    - Sus habilidades interpersonales.
- El capital de recuperación familiar y social incluye cualquier relación íntima, las relaciones familiares y de parentesco y toda relación social que favorezca los esfuerzos de recuperación.
- Qué entendemos por familia. Definir “Parentesco” no tiene complicaciones; significa vínculos sanguíneos. Sin embargo, el término “Familia” se puede definir de muchas maneras.
- El capital de recuperación familiar y social se puede observar por:
  - La disposición de las parejas íntimas y de miembros de la familia para participar en el tratamiento; y
  - La presencia de otras personas en recuperación dentro de la familia o entre sus contactos sociales.
  - El acceso a oportunidades para realizar actividades de confraternidad y recreación basadas en la recuperación – o al menos en la abstinencia.
  - Las conexiones con instituciones convencionales como la escuela, el lugar de trabajo, el lugar de culto, y organizaciones comunitarias o tribales.
- El último tipo de capital de recuperación es el comunitario y cultural. El capital de recuperación comunitario se refiere a las actitudes, políticas y recursos comunitarios relacionados con la adicción, que promueven la recuperación.
- El capital de recuperación comunitario comprende:
  - Esfuerzos activos para reducir el estigma;
  - Modelos de recuperación locales visibles y diversos [por ejemplo, un(a) líder de la comunidad que declare estar en recuperación];
  - Una gama completa de recursos para el tratamiento de la adicción; y
  - Recursos de recuperación accesibles y diversos de ayuda mutua y apoyo (tales como los programas de los 12 Pasos).
  - Instituciones locales de apoyo comunitario a la recuperación (centros/clubes de recuperación, asociaciones de ex participantes del tratamiento, hogares de recuperación, escuelas de recuperación, programas religiosos/programas de asistencia al empleo) y

- Fuentes de apoyo a la recuperación sostenida y reintervención temprana (por ejemplo, “chequeos” de recuperación a través de programas de tratamiento u organizaciones comunitarias para la recuperación).
- Por último, el capital cultural, una forma de capital comunitario, se refiere a la disponibilidad de elementos culturales locales para la recuperación, como por ejemplo, la incorporación de valores y prácticas tribales en los programas de recuperación.

- Muchos factores pueden afectar los resultados del tratamiento. La investigación ha demostrado que el concepto de capital de recuperación es una forma útil de considerar estos factores.
- Tanto la cantidad como la calidad del capital de recuperación de una persona pueden jugar un papel importante en determinar el éxito o el fracaso del tratamiento y la recuperación, y los/las terapeutas desempeñan un papel fundamental para ayudar a las personas usuarias a maximizar el capital de recuperación que ya poseen y desarrollar capital de recuperación adicional.

# Módulo 4

## INTRODUCCIÓN A LA MOTIVACIÓN Y ETAPAS DEL CAMBIO

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *107*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *107*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *108*
*Páginas de Apoyo* ..... *117*
*Resumen* ..... *120*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Introducción al Módulo 4 | 5 minutos | |
| Ejercicio: El cambio personal | 15 minutos | |
| Presentación Interactiva: La naturaleza de la motivación | 45 minutos | |
| Presentación: Introducción a las etapas del modelo de cambio | 10 minutos | |
| Presentaciones en grupos pequeños: Características de las personas en cada etapa de cambio | 55 minutos | |
| ***Almuerzo*** | ***60 minutos*** | |

## *Metas y Objetivos del Módulo 4*

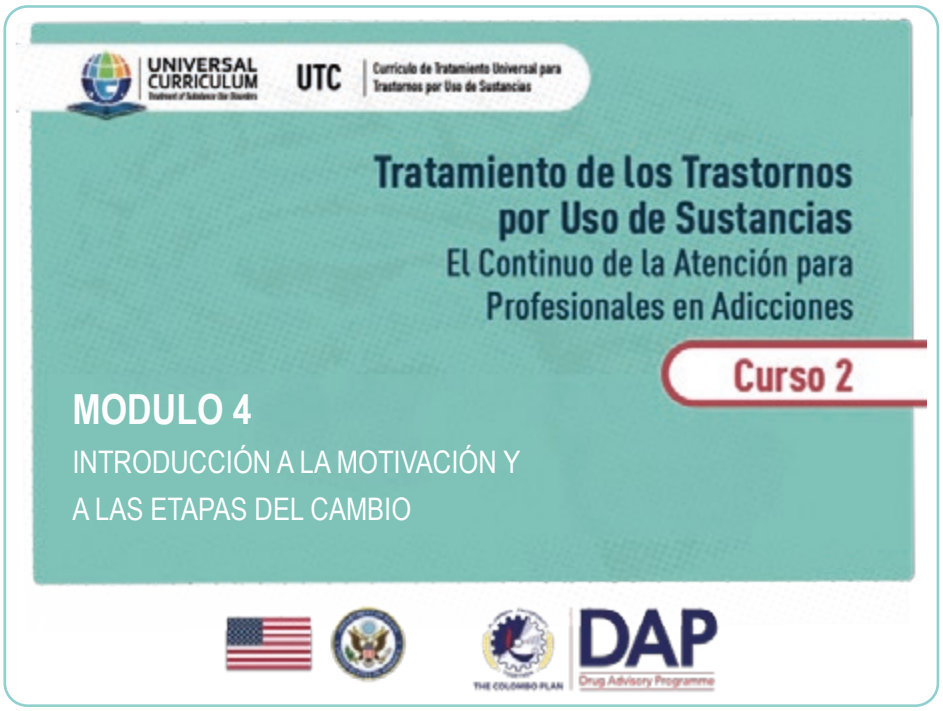
### *Metas de la Capacitación*

- Proporcionar una perspectiva general del concepto de motivación;
- Proporcionar una visión general de las etapas de cambio y su naturaleza; y
- Brindar a los/las participantes la oportunidad de explorar las características de las personas en cada etapa de cambio.

### *Objetivos de Aprendizaje*

Los/Las participantes que completen el Módulo 4 serán capaces de:

- Señalar al menos tres características de la motivación;
- Indicar las seis etapas del cambio; y
- Describir dos o tres características de las personas en cada etapa de cambio.




## Módulo 4 – Objetivos de Aprendizaje

- Señalar al menos tres características de la motivación.
- Explicar de forma concisa las seis etapas del cambio.
- Describir dos o tres características de las personas en cada etapa de cambio.

4.2

## El Cambio

- El tratamiento y la recuperación tienen que ver, en definitiva, con el cambio.
- El cambio no siempre es fácil para las personas.
- El modelo de las etapas del cambio se aplica a una gran variedad de cuestiones.

4.3

## El Cambio

- El cambio ocurre:
  - En la vida cotidiana.
  - Entre todas las personas.
  - En relación con muchos comportamientos.
  - Con o sin intervención profesional.

4.4

## Ejercicio: El Cambio Personal

- ¿Qué cambio han realizado (o intentado realizar)?
- ¿Cómo decidieron realizar este cambio?
- ¿Qué personas, eventos, o circunstancias influyeron en su decisión?
- ¿Qué pasos tomaron para hacer el cambio?
- ¿Sus niveles de motivación se mantuvieron igual durante todo el proceso?

4.5

## La Motivación

- La motivación para el cambio influye en si una persona:
  - Ingresa a tratamiento.
  - Continúa en tratamiento.
  - Adhiere a una determinada estrategia de cambio.

4.6

## La Motivación

- Dinámica
- Deliberada
- Intencional
- Positiva
- Cambiante

4.7

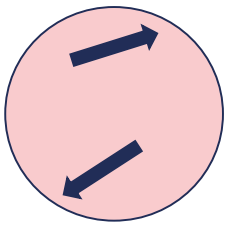
## La Motivación

- Fluctúa con el tiempo y en relación a diferentes situaciones.
- Puede ir y venir entre metas contradictorias.
- Varía en intensidad, disminuyendo ante dudas y aumentando a medida que las dudas se van resolviendo.
- Varía enormemente entre potenciales cambios de comportamiento.

4.8

## Influencias Internas en la Motivación

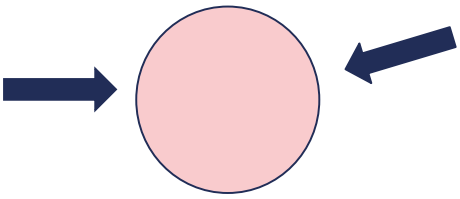
- Estados emocionales.
- Metas de vida.
- Percepciones sobre los riesgos y beneficios de los comportamientos.
- Apreciaciones cognitivas sobre la situación (lo que la persona *piensa* sobre la situación).



4.9

## Influencias Externas en la Motivación

- Familia y amistades.
- Situaciones y experiencias.
- Apoyo comunitario (o falta de apoyo comunitario).



4.10

## Las Etapas del Cambio

Fuente: Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). Changing for good. New York: William Morrow and Company.

4.11

## Presentaciones en grupos pequeños: Características de las personas en cada etapa de cambio

- Avancen hasta la Página de Apoyo 4.1
- Lean el material para la etapa asignada a su grupo.
- Creen afiches que ilustren las características.
- Incluyan el tipo de intervención que necesitan las personas en la etapa asignada a su grupo.
- Preparen dos o tres ejemplos de la vida real — juegos de roles.

4.12

## La Estimulación Motivacional

- Los/las terapeutas pueden mejorar la motivación al cambio de las personas en cada etapa del proceso de cambio.
- Las personas requieren y utilizan diferentes tipos de apoyo motivacional según la etapa de cambio en que se encuentran.

4.13

# *Página de Apoyo 4.1:*

## *Características de las Personas en Cada Etapa de Cambio*

### *Pre-contemplación*

Durante la etapa de pre-contemplación, las personas que usan sustancias no están considerando el cambio y no tienen ninguna intención de cambiar comportamientos en el futuro previsible. Las personas en esta etapa tienden a defender su comportamiento de uso de sustancias. Podrían no tener conciencia o tener solamente una conciencia parcial respecto de que existe un problema o de que un cambio es necesario. Podrían necesitar ayuda para cambiar. Podrían asumir una actitud defensiva cuando otras personas les presionaran para abandonar el comportamiento. También podrían estar demasiado desanimados(as) para cambiar su comportamiento. Los individuos en esta etapa podrían no haber experimentado consecuencias adversas o crisis debido a su uso de sustancias y a menudo no están convencidos de que su patrón de uso constituya un problema o incluso un riesgo. Incluso las personas que han reconocido previamente que tienen un problema y que han realizado esfuerzos para cambiar podrían volver a la etapa de pre-contemplación. Podrían decirse a sí mismos(as): “En realidad esto no es tan malo”.

Las personas en la etapa de pre-contemplación deben aumentar su toma de conciencia antes de que puedan considerar el cambio.

### *Contemplación*

A medida que las personas toman conciencia de que existe un problema, comienzan a darse cuenta de que podrían existir motivos de preocupación y razones para cambiar. Por lo general, son ambivalentes, admitiendo simultáneamente razones para cambiar y razones para no hacerlo. Los individuos en esta etapa continúan usando sustancias, pero están pensando en dejar o reducir su uso en un futuro próximo. En este punto, podrían buscar información relevante, reevaluar su comportamiento de uso de sustancias o buscar ayuda para posiblemente cambiar de comportamiento. Suelen sopesar los aspectos positivos y negativos de hacer un cambio (“Sé que tengo que dejar de consumir, pero...”). Los individuos suelen permanecer en esta etapa durante largos períodos, a menudo durante años, vacilando entre querer y no querer cambiar.

Las personas en la etapa de contemplación necesitan ayuda para resolver su ambivalencia y elegir un cambio positivo para su situación actual.

### *Preparación*

Una vez que una persona comienza a planificar el cambio, entra en la etapa de preparación, durante la cual se fortalece el compromiso. La preparación implica una planificación específica para el cambio, como por ejemplo, decidir si se necesita tratamiento y, de ser así, de qué tipo. También implica examinar la capacidad percibida para el cambio.

Los individuos en la etapa de preparación siguen usando sustancias, pero por lo general tienen la intención de dejar de usarlas muy pronto. Podrían experimentar con pequeños cambios a medida que su determinación de cambiar aumenta. Puede que ya hayan intentado reducir o detener el consumo por sí solos o podrían estar experimentando con formas de detener o reducir el uso. Comienzan a establecer metas para sí mismos y a comprometerse para dejar de consumir, incluso contándole a las personas cercanas a ellos sobre sus planes. Con demasiada frecuencia, las personas se saltan esta etapa; tratando de pasar directamente de la contemplación a la acción, y fracasan porque no han investigado o aceptado adecuadamente lo que se requiere para hacer un cambio significativo de estilo de vida.

Las personas en la etapa de preparación necesitan ayuda para identificar posibles estrategias de cambio y elegir las que sean más apropiadas para ellas.

### *Acción*

Los individuos en la etapa de acción escogen una estrategia para el cambio y comienzan a seguirla. En esta etapa, las personas creen que pueden cambiar su comportamiento y modifican activamente sus hábitos y entorno. Realizan cambios drásticos de estilo de vida y podrían enfrentar situaciones difíciles y experimentar los efectos fisiológicos de la abstinencia. En esta etapa, los individuos desarrollan planes para hacerle frente a las presiones tanto personales como externas que podrían conducir a recaídas. Comienzan a reevaluar la imagen de sí mismos a medida que hacen la transición de un uso excesivo o peligroso hacia la abstinencia o el uso seguro. Las personas en esta etapa también tienden a aceptar ayuda y buscan el apoyo de los demás. La etapa de acción puede durar de 3 a 6 meses después de la terminación o la reducción del uso de sustancias.

Las personas en la etapa de acción necesitan ayuda para llevar a cabo y persistir con las estrategias de cambio así como aprender a prevenir o minimizar la recurrencia.

### *Mantenimiento*

Durante la etapa de mantenimiento, las personas tratan de mantener los avances logrados durante la etapa de acción. Se esfuerzan por mantenerse en la abstinencia y evitar la recurrencia. Se podrían requerir precauciones adicionales para evitar los comportamientos problemáticos. Los individuos aprenden a detectar y evitar situaciones peligrosas y otros factores desencadenantes que podrían llevarlos al uso de sustancias. Las personas en la etapa de mantenimiento evalúan cómo viven sus vidas. Trabajan para adquirir nuevas habilidades para hacer frente a los retos y evitar recaídas. A menudo, esto significa cambiar rutinas, hacer nuevas amistades y probar nuevas actividades. Las personas pueden anticiparse a situaciones de recaída y preparar estrategias de afrontamiento. En la mayoría de los casos, los individuos que intentan un cambio de comportamiento a largo plazo vuelven a consumir al menos una vez y regresan a una etapa anterior. La recurrencia de los síntomas es parte del proceso de aprendizaje.

El conocimiento de indicios personales que llevan al uso de sustancias es útil para futuros intentos de cambio. El mantenimiento requiere un cambio prolongado de comportamiento — permanecer en abstinencia o reducir el consumo a niveles aceptables y determinados — y una vigilancia continua durante un mínimo de 6 meses a varios años.

Las personas en la etapa de mantenimiento podrían necesitar ayuda para desarrollar nuevas habilidades y redes sociales para mantener un estilo de vida de recuperación.

### *Recurrencia*

La mayoría de las personas no mantienen los nuevos cambios que están intentando lograr de forma inmediata, y es común que vuelvan a consumir sustancias después de un período de abstinencia. Estas experiencias proporcionan información que puede facilitar o dificultar la progresión subsecuente a través de las etapas de cambio. La recurrencia, a menudo denominada recaída, es el acontecimiento que desencadena el regreso del individuo a una etapa anterior del cambio y a un nuevo ciclo del proceso. Las personas podrían haber tenido metas poco realistas, haber utilizado estrategias ineficaces o haberse puesto en entornos que no son propicios para un cambio exitoso. La mayoría de las personas que usan sustancias requieren de varios ciclos a través de las etapas de cambio para lograr una recuperación exitosa. Después de volver a usar sustancias, las personas suelen volver a una etapa de cambio anterior — no siempre a la etapa de mantenimiento o a la

de acción, sino más a menudo a la de contemplación. A menudo se sienten desmoralizadas y posiblemente incluso sin esperanzas sobre el cambio. Podrían incluso volver a convertirse en pre-contempladores(as), mostrándose temporalmente reacios(as) al cambio o incapaces de cambiar en un futuro cercano. Sin embargo, la recurrencia de los síntomas no significa necesariamente que una persona usuaria haya abandonado su compromiso con el cambio.

Las personas que experimentan una recaída necesitan ayuda para evaluar lo que podría haber contribuido a la recurrencia, y para reanudar su proceso de recuperación.

# *Módulo 4 –*
# *Introducción a la Motivación y Etapas del Cambio, Resumen*

- El tratamiento y la recuperación tienen que ver, en definitiva, con el cambio. Como todos(as) sabemos, el cambio no siempre es fácil para las personas.
- Es importante entender el proceso de cambio. Este módulo introduce el concepto de motivación para el cambio y un modelo de etapas de cambio.
- El modelo de las etapas de cambio se utiliza en todo el mundo para abordar una amplia gama de temas, entre ellos:
  - Cambios de estilo de vida que son médicamente necesarios;
  - Seguir los horarios de medicamentos (p. ej., en el tratamiento de enfermedades cardiacas o diabetes);
  - Afrontar los trastornos mentales; y
  - Detener el uso de sustancias.
- Este módulo es sólo una introducción a las etapas del modelo de cambio. Un(a) terapeuta podría dedicar muchas horas de capacitación para aprender cómo incorporar plenamente en la práctica las etapas del modelo de cambio y los enfoques de motivación para el tratamiento.

## *La Naturaleza de la Motivación*

- Es importante entender el concepto de motivación porque la motivación para el cambio está estrechamente relacionada con el grado de probabilidad de que una persona con un trastorno por uso de sustancias (o TUS):
  - Ingrese a tratamiento;
  - Continúe en tratamiento; y
  - Adhiera a una determinada estrategia de cambio.
- Es común considerar la motivación como un elemento estático; algo que una persona posee o no posee. De acuerdo con esta visión de la motivación como algo estático:
  - Un(a) terapeuta tendría pocas posibilidades de influir en la motivación de una persona usuaria; y
  - Si una persona usuaria no está motivada para cambiar, esa falta de motivación sería su problema (o incluso su culpa).
- Sin embargo, se ha descubierto que la motivación es en realidad dinámica en lugar de estática, y es:
  - Deliberada;
  - Intencional;
  - Positiva; y
  - Cambiante.

- La investigación y la experiencia sugieren que la motivación es un estado dinámico que puede fluctuar a lo largo del tiempo y en relación con distintas situaciones y puede ir y venir entre metas contradictorias. Por ejemplo, una persona podría estar motivada para dejar de usar drogas para poder enfocarse en terminar sus estudios, pero también podría sentir motivación por ser aceptada o complacer a sus amigos(as), lo que podría implicar continuar con el uso de drogas.
- La motivación también varía en intensidad, disminuyendo en respuesta a dudas y aumentando a medida que las dudas se van resolviendo. También puede variar enormemente entre potenciales cambios de comportamiento. Por ejemplo, la motivación de una persona usuaria para dejar de inyectarse heroína podría ser muy alta, en tanto que su motivación para dejar de fumar marihuana podría ser muy baja.
- También es probable que una persona con una adicción activa tenga deteriorada su capacidad de discernimiento y de toma de decisiones, lo que afectará los procesos motivacionales "normales".
- La motivación es influenciada por estos y otros factores internos y también por factores externos.
- En una persona usuaria, las influencias internas pueden incluir:
  - Estados emocionales;
    - La ira, la depresión, la ansiedad, el miedo o la inseguridad pueden disminuir la motivación de una persona para el cambio.
    - Los mismos estados emocionales podrían aumentar la motivación si la persona cree que un cambio podría resultar en un mejoramiento del estado emocional.
  - Metas de vida;
    - Las metas de vida que aumentan la motivación para el cambio incluyen desear terminar los estudios, formar una familia u obtener un mejor trabajo o mantener el trabajo actual.
    - La falta de metas de vida podría disminuir la motivación para el cambio.
  - Percepciones sobre los riesgos y beneficios de los comportamientos;
    - Una persona podría percibir que fumar marihuana no implica riesgos para la salud, por lo que podría no estar motivada para cambiar su comportamiento de fumar.
    - Otra persona podría pensar que dejar de fumar marihuana aumentaría la concentración en sus estudios, por lo que podría estar motivada para cambiar su comportamiento.
  - Apreciaciones cognitivas sobre la situación (lo que él o ella piensa sobre la situación).
    - Los pensamientos de una persona podrían disminuir la motivación. Por ejemplo: "Mi padre fumaba marihuana, así que yo también. Así son las cosas".
    - Otra persona podría pensar: "No voy a poder terminar el trabajo si me quedo despierto hasta tarde consumiendo cocaína con mis amigos". Estos pensamientos podrían aumentar la motivación para cambiar el comportamiento de uso de sustancias.
- En una persona usuaria, los factores externos pueden incluir:
  - Familia y amistades;
    - Los miembros de la familia de una persona podrían expresar su preocupación por el uso de drogas de su ser querido y apoyar sus esfuerzos para cambiar.

- La familia de otra persona podría usar drogas en forma regular y no apoyar o incluso perjudicar activamente los esfuerzos de su ser querido por cambiar.
- Un miembro de la familia que protege (libera) a la persona de las consecuencias del uso podría facilitar la disminución de la motivación para el cambio.
- El grupo de pares de una persona puede aumentar o disminuir su motivación para el cambio.

- Situaciones y experiencias;
  - Eventos críticos de la vida pueden afectar la motivación para el cambio. Dichos eventos podrían incluir un embarazo, una boda, la muerte de un ser querido o la sobredosis de un amigo(a).
  - Una persona podría verse obligada a considerar el cambio al enfrentar consecuencias por no cambiar, como por ejemplo, después de un arresto.
- Apoyo comunitario (o falta de apoyo comunitario).
  - Las comunidades pueden apoyar los esfuerzos de cambio de una persona por medio de programas de tratamiento adecuados.
  - La disponibilidad de grupos de apoyo podría desempeñar un rol.
  - La falta de oportunidades de empleo o de vivienda podría reducir la motivación para el cambio.
  - La opinión pública negativa sobre el uso de sustancias podría disuadir a las personas de pedir ayuda.

## *Introducción a las etapas del modelo de cambio*

- El modelo de las etapas de cambio se desarrolló a partir de un estudio sobre cómo cambian las personas; este estudio reveló que las personas pasan por etapas predecibles cuando intentan cambiar[1].
- La comprensión del proceso de cambio, incluyendo cómo las personas cambian sin ayuda profesional, puede ayudar a los/las terapeutas a desarrollar y utilizar intervenciones para aumentar la motivación de las personas usuarias para cambiar su comportamiento[2].
  - Una persona en la etapa de pre-contemplación no tiene la intención seria de tomar acción en un futuro previsible, que suele medirse como los próximos seis meses. El individuo no está consciente de sus problemas o los subestima. Las características de esta etapa son la falta de interés en cambiar, y no tener planes o intenciones de hacerlo. La resistencia a reconocer o modificar el comportamiento es el sello distintivo de la pre-contemplación.
  - Es importante precisar que el modelo de las etapas de cambio debe ajustarse a las realidades locales, particularmente en esta etapa, pues aunque la persona se encuentre en un momento en el que no se plantea tomar medidas para cambiar su situación, es responsabilidad de los/las profesionales del tratamiento desarrollar algunas intervenciones dirigidas a aumentar la motivación.
  - Una persona en la etapa de contemplación está consciente de que existe un problema y está pensando seriamente en superarlo, pero no se ha comprometido a tomar acción. El individuo está

1 Prochaska, J., Norcross, J., & DiClemente, C. (1994). Changing for good. New York: William Morrow and Company.
2 http://www.amhc.org/1408-addictions/article/48539-motivation-for-change-the-stages-of-change-model

como sentado en un cerco: una parte de él quiere cambiar, pero una parte igualmente convincente quiere seguir igual. Las características de esta etapa son: la exploración del potencial de cambio; desear el cambio pero carecer de la confianza y el compromiso para cambiar el comportamiento; y tener la intención de cambiar en algún momento no especificado en el futuro. La ambivalencia sobre el cambio es la característica de la contemplación.

- Una persona en la etapa de preparación ha decidido cambiar y tiene la intención de tomar acción en un mes o en un futuro muy próximo. El individuo ha dado pequeños pasos hacia el cambio de su comportamiento, que podrían o no resultar exitosos. Sin embargo, existe una intención de cambiar el comportamiento en el futuro cercano. Las características de esta etapa incluyen: el desarrollo de un plan para realizar los cambios necesarios; la generación de confianza y de compromiso con el cambio en el plazo de un mes.
- La persona en la etapa de acción modifica su comportamiento para superar sus problemas. Un individuo en esta etapa ha logrado modificar el comportamiento problemático durante un período de entre un día y seis meses. Está poniendo en práctica el plan desarrollado en la etapa de preparación. Las características de esta etapa incluyen: elegir conscientemente el nuevo comportamiento; aprender a superar las tendencias hacia el comportamiento no deseado; y comprometerse en acciones de cambio en un período inferior a seis meses. Las modificaciones del comportamiento objetivo y los esfuerzos manifiestos significativos para cambiar son el sello distintivo de la etapa de acción.
- La persona en la etapa de mantenimiento se ha comprometido con el nuevo comportamiento, trabaja para evitar la recaída y consolidar los logros alcanzados durante la etapa de acción. Esta etapa abarca desde los seis meses hasta un periodo indeterminado posterior a la acción inicial. Las características de esta etapa incluyen: permanecer alerta frente a situaciones de alto riesgo; mantener un enfoque en la prevención de recaídas; y el cambio de comportamiento que se ha mantenido por seis meses. Estabilizar el cambio de conducta y evitar las recaídas son las características del mantenimiento.
- La persona en la etapa de terminación ha integrado completamente el cambio de comportamiento, sigue mostrando un comportamiento más saludable durante al menos dos años y la tentación de volver al comportamiento problemático anterior ha desaparecido por completo. El plan de prevención de recaídas ha evolucionado hacia la búsqueda de un estilo de vida saludable y significativo. Las características de esta etapa son: disfrutar del autocontrol y la valoración de una vida más sana y feliz.
- La recaída y el volver a pasar a través de las etapas ocurre con bastante frecuencia a medida que el individuo intenta modificar o abandonar los comportamientos problemáticos. Puede producirse una recidiva del comportamiento de uso de sustancias (lapso o recaída). Durante la recaída, los individuos retroceden a una etapa anterior. Algunos podrían desmoralizarse y resistirse a pensar sobre un cambio de comportamiento. Como resultado, vuelven a la etapa de pre-contemplación y pueden permanecer en ella durante diversos periodos de tiempo. Por otro lado, otros(as) podrían volver a las etapas de contemplación o de preparación, y considerar los planes para su próxima acción mientras intentan aprender de sus últimos esfuerzos.
- Por lo general, las personas no atraviesan las etapas de forma fluida, sino que van y vienen de una etapa a otra.

- En el proceso de cambio influye el nivel de motivación de la persona, que como hemos aprendido no es estático, sino cambiante.
- Las personas suelen mantenerse en las primeras fases del cambio, y atraviesan las etapas a ritmos diferentes.
- Los/las terapeutas pueden mejorar la motivación al cambio de sus personas en tratamiento en cada etapa del proceso de cambio. Es importante comprender en qué etapa de cambio se encuentra una persona usuaria ya que pueden requerir y utilizar diferentes tipos de apoyo motivacional según la etapa de cambio en que se encuentran.

# Módulo 5

## PRINCIPIOS, SISTEMAS Y ENTORNOS DE TRATAMIENTO

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *127*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *127*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *128*
*Páginas de Apoyo* ..... *142*
*Resumen* ..... *154*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Introducción al Módulo 5 | 5 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Principios Fundamentales de un Tratamiento Efectivo | 60 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Presentación: El Sistema de Tratamiento | 15 minutos | |
| Presentación: Los Entornos de Tratamiento | 30 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Los Entornos de Tratamiento | 40 minutos | |
| Presentación: Evaluación del Aprendizaje | 30 minutos | |
| Síntesis del Día 2 | 10 minutos | |

# *Metas y Objetivos del Módulo 5*

## *Meta de la Capacitación*

Proporcionar una visión general y un marco para la comprensión del tratamiento de adicciones.

## *Objetivos de Aprendizaje*

Los/Las participantes que completen el Módulo 5 serán capaces de:

- Señalar al menos seis principios de un tratamiento efectivo;
- Señalar tres formas en que estos principios se encuentran actualmente incorporados al tratamiento en sus áreas;
- Describir los sistemas de tratamiento;
- Describir los entornos de tratamiento.

## Módulo 5 – Objetivos de Aprendizaje

- Señalar al menos seis principios de un tratamiento efectivo.
- Señalar tres formas en que estos principios se encuentran actualmente incorporados al tratamiento en sus áreas.
- Describir los sistemas de tratamiento.
- Describir los entornos de tratamiento.

5.2

## Principios fundamentales para el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas

Los trastornos por uso de drogas se pueden tratar eficazmente a través de una serie de intervenciones farmacológicas y psicosociales.

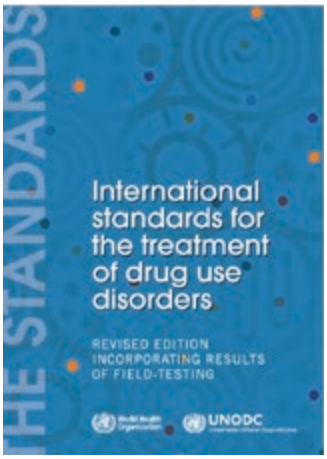
En el manejo de los trastornos por uso de drogas, el objetivo del tratamiento es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas y el objetivo final es ayudar a los individuos a lograr la recuperación en la medida de lo posible.

Específicamente, las metas del tratamiento incluyen:

- Detener o reducir el uso de drogas.
- Mejorar la salud, el bienestar, y el funcionamiento social de las personas afectadas.
- Evitar daños futuros disminuyendo los riesgos de complicaciones y recaídas.

5.3

## Principios Fundamentales para el Tratamiento de los Trastornos por el Uso de Drogas



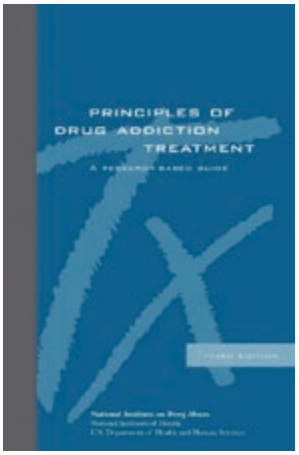

**Normas Internacionales para el Tratamiento de los Trastornos por el Uso de Drogas**

(Organización Mundial de la Salud y Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, 2020)

https://www.who.int/publications/i/item/international-standards-for-the-treatment-of-drug-use-disorders

5.4

## Principios del Tratamiento de la Dependencia de Drogas




NIH
National Institute on Drug Abuse
*The Science of Drug Abuse & Addiction*

- Basados en la investigación sobre resultados del tratamiento

https://nida.nih.gov/es/publicaciones/principios-de-tratamientos-para-la-drogadiccion-una-guia-basada-en-las-investigaciones/preguntas-frecuentes

5.5

## Sistemas de Tratamiento

Un sistema nacional efectivo para el tratamiento de los trastornos por uso de drogas requiere una respuesta coordinada e integrada por parte de muchos actores. El objetivo es prestar servicios e intervenciones en múltiples entornos y dirigidos a diversos grupos, en diferentes etapas, de acuerdo con la gravedad de su trastorno por uso de drogas y sus necesidades adicionales. El sistema de tratamiento también debe diseñarse para satisfacer las necesidades locales.

- Los servicios de tratamiento deben estar/ser:
  - disponibles
  - accesibles
  - asequibles
  - basados en la evidencia
  - diversificados

5.6

## Sistemas de Tratamiento

Gráfico 1: Pirámide organizacional de servicios para el tratamiento y atención de trastornos por el uso de sustancias (UNODC, 2014) basada en la Pirámide de Salud Mental de la OMS (OMS, 2003)

5.7

## Los Entornos de Tratamiento

- Servicios de atención comunitaria o Outreach
- Entornos no especializados para el tratamiento
- Tratamiento ambulatorio especializado
- Tratamiento hospitalario especializado de corto plazo
- Tratamiento residencial especializado de largo plazo.

5.8

## Los Entornos de Tratamiento: Servicios de atención comunitaria

- Buscan activamente establecer contacto y alentar a las personas que usan drogas a relacionarse con los/las profesionales de la salud.
- La meta es minimizar el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento.

5.9

## Los Entornos de Tratamiento: Servicios de atención comunitaria (Cont.)

- Ayudan a construir un vínculo positivo entre el proveedor(a) de servicios y las personas con trastorno por uso de sustancias.
- Proporcionan fácil acceso a servicios básicos sociales y de salud así como a los servicios disponibles de tratamiento especializado para los TUS.

5.10

## Los Entornos de Tratamiento: Entornos no especializados para tratar a personas con TUS

- Desempeñan un papel importante en el proceso de detección para identificar, prevenir y tratar los TUS, y también en la intervención breve y la derivación a tratamiento.
- Incluyen la atención primaria, la atención de urgencias, los hospitales generales, la atención prenatal, los servicios de asistencia social, los servicios de salud escolar, los servicios de salud en las prisiones, y algunos centros de salud mental.
- El proceso de detección y las intervenciones breves pueden llevarse a cabo de forma eficiente, minimizando las interrupciones en la prestación de otros servicios.

5.11

## Los Entornos de Tratamiento: Tratamiento ambulatorio especializado

- Normalmente tiene su base en la comunidad.
- Se ofrece en una variedad de lugares: centros de salud públicos o privados, clínicas de salud mental comunitarias, clínicas hospitalarias, entre otros.

5.12

## Los Entornos de Tratamiento: Tratamiento ambulatorio especializado (Cont.)

- Proporciona servicios en horarios que se adaptan y no interfieren con las actividades escolares o laborales de las personas a las que atienden.
- Varía considerablemente en términos de componentes e intensidad.
- Lo llevan a cabo profesionales especializados(as) en el tratamiento de los TUS y/o de trastornos co-ocurrentes

5.13

## Los Entornos de Tratamiento: Tratamiento hospitalario especializado de corto plazo

- Proporciona atención las 24 horas del día y tiene capacidad para manejar las manifestaciones agudas del TUS.
- Se puede administrar en entornos hospitalarios que se especializan en el tratamiento de la salud mental y de los TUS, ya sea en unidades especializadas o en programas hospitalarios generales; estos programas deben contar con personal debidamente capacitado y con el equipo clínico necesario.

5.14

## Los Entornos de Tratamiento: Tratamiento hospitalario especializado de corto plazo (Cont.)

- Brinda la oportunidad de descontinuar el uso de sustancias con un mínimo de angustia y de riesgos para la salud.
- La duración de la estadía suele variar entre una a cuatro semanas, dependiendo de la práctica local y de la condición clínica.

5.15

## Los Entornos de Tratamiento: Tratamiento residencial especializado de largo plazo

- Es un entorno terapéutico libre de sustancias, que ha sido diseñado para proporcionar un ambiente protegido de manera que la persona esté separada de los ambientes caóticos y estresantes que han contribuido al TUS.
- La admisión al tratamiento normalmente requiere la aceptación de las normas y reglamentos del entorno de tratamiento.

5.16

## Los Entornos de Tratamiento: Tratamiento residencial especializado de largo plazo (Cont.)

- Ofrece una amplia y extensa gama de intervenciones.
- Los modelos tradicionales solo incluyen métodos de tratamiento psicosocial; en la actualidad, los enfoques modernos han incorporado el uso de medicamentos.

5.17

## Presentaciones en grupos pequeños: Los Entornos de Tratamiento

Acerca de los entornos de tratamiento:

- ¿Cuáles son los entornos de tratamiento que se ofrecen en nuestro país o región?
- ¿Cuáles son sus características?
- ¿Cómo funcionan?
- ¿Se requiere fortalecer algunos de estos tipos de entornos? ¿Por qué?

5.18

## Evaluación del Aprendizaje

- Deberán trabajar en conjunto para preparar un cuestionario de tres preguntas que se base en lo que han aprendido hasta ahora.
- Deberán escribir las preguntas de manera ordenada en una hoja de papel, dejando espacio para las respuestas.

5.19

## Fin del Día

5.20

## *Página de Apoyo 5.1:*

*Elementos del Tratamiento de Trastornos por Uso de Drogas*[1]

### *Principio 1: El tratamiento debe ser accesible, disponible, atractivo y apropiado.*

Los trastornos por uso de drogas se pueden tratar de manera efectiva en la mayoría de los casos si las personas tienen acceso a una amplia gama de servicios que cubran el espectro de problemas que cada persona podría enfrentar. Los servicios de tratamiento y las intervenciones deben basarse en evidencias científicas y ajustarse a las necesidades específicas de cada persona dependiendo de la fase en que se encuentra o la gravedad de su trastorno. Los servicios incluyen: atención comunitaria o Outreach; servicios en entornos no especializados; tratamiento hospitalario y ambulatorio; tratamiento médico y psicosocial (incluido el tratamiento de trastornos por consumo de alcohol y de otras sustancias, así como otras comorbilidades psiquiátricas o de salud física); tratamiento o rehabilitación con base comunitaria o residencial a largo plazo; y servicios de apoyo a la recuperación. Estos servicios deben ser asequibles, atractivos, accesibles y estar disponibles tanto en entornos urbanos como rurales, con una amplia gama de horarios de apertura y un tiempo de espera mínimo. Es necesario minimizar todos los obstáculos que limitan el acceso a servicios de tratamiento apropiados. Los servicios no sólo deberían ofrecer tratamiento para los trastornos por el uso de sustancias per se, sino también brindar apoyo y protección social, así como atención médica general. El marco legal no debe disuadir a estas personas de acudir a tratamiento. Es necesario asegurarse de que el entorno de tratamiento sea acogedor, culturalmente sensible y centrado en las necesidades clínicas específicas y en el nivel de preparación de cada persona, lo que persuade en lugar de disuadir a las personas a acudir a tratamiento.

### *Principio 2: Garantizar estándares éticos de atención en los servicios de tratamiento.*

El tratamiento de los trastornos por uso de drogas debe basarse en estándares éticos universales de atención de salud, incluido el respeto a los derechos humanos y la dignidad de la persona. Esto incluye responder al derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud y bienestar y evitar cualquier forma de discriminación y/o estigmatización. Las personas con trastornos por el uso de drogas deben, en la medida que esté dentro de sus posibilidades, tomar decisiones de tratamiento, incluyendo cuándo comenzar y detener el tratamiento, y su naturaleza. El tratamiento no debe ser forzado o contra la voluntad y la autonomía de la persona. Se debe obtener el consentimiento de la persona antes de cualquier intervención de tratamiento. Se deben mantener registros clínicos precisos y actualizados y garantizar la confidencialidad de los registros de tratamiento. Es fundamental evitar eludir los registros de salud al registrar a las personas que ingresan al tratamiento. Nunca se deben utilizar intervenciones punitivas, humillantes o degradantes (tales como golpizas, encadenamiento, retención del tratamiento y de los alimentos, etc.). Se debe aplicar un estricto código de ética para el personal. El personal debe abstenerse de defender sus creencias personales y no debe usar prácticas humillantes o degradantes.

El individuo con trastornos por el uso de drogas debe ser reconocido como una persona con un problema de salud que merece un tratamiento similar al que se les brinda a las personas con otros problemas psiquiátricos o médicos.

1 https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/UNODC-WHO_International_Standards_Treatment_Drug_Use_Disorders_April_2020.pdf

### *Principio 3:* ***Promover el tratamiento de los trastornos por el uso de drogas mediante una coordinación efectiva entre el sistema de justicia penal y los servicios de salud y sociales***

Los trastornos por el uso de drogas deben considerarse principalmente como problemas de salud en lugar de comportamientos delictivos y, por regla general, las personas con trastornos por el uso de drogas deben ser tratadas en el sistema de atención de salud en lugar del sistema de justicia penal. No todas las personas con trastornos por el uso de drogas cometen delitos e, incluso si lo hacen, generalmente son delitos menores o de bajo nivel cometidos para financiar su consumo de drogas. Esto generalmente se detiene con el tratamiento efectivo del trastorno por el uso de drogas. Es importante percibir el uso de drogas y el padecimiento de trastornos por su uso, exclusivamente como un problema de salud que requiere del acceso al apoyo y tratamiento adecuados, en lugar de sanciones penales. El sistema de justicia penal debe colaborar estrechamente con los sistemas sociales y de salud para garantizar la prioridad del tratamiento de los trastornos por el uso de drogas en el sistema de atención de salud por sobre el enjuiciamiento o encarcelamiento penal. El personal encargado de hacer cumplir la ley, y el personal de los tribunales y del sistema penitenciario debe recibir la capacitación adecuada para involucrarse y apoyar de manera efectiva el tratamiento y la rehabilitación. Si se justifica el encarcelamiento, también se debe ofrecer tratamiento a los reclusos(as) con trastornos por el uso de drogas durante su estadía en la cárcel y aún después de su liberación, ya que un tratamiento efectivo reducirá el riesgo de recaída, muerte por sobredosis y reincidencia. Es vital asegurar y facilitar la continuidad de la atención y las intervenciones de prevención de recaídas y sobredosis después de la liberación de prisioneros con trastornos por el uso de drogas. En todos los casos relacionados con la justicia, las personas deben recibir tratamiento y atención de un nivel igualitario al tratamiento ofrecido en la comunidad.

### *Principio 4:* ***El tratamiento debe basarse en evidencia científica y responder a las necesidades específicas de las personas con trastornos por uso de drogas***

El cuerpo de conocimiento científico sobre los trastornos por el uso de drogas y su tratamiento debe guiar las intervenciones e inversiones en el tratamiento. Los mismos estándares requeridos para la aprobación e implementación de intervenciones farmacológicas o psicosociales en otras disciplinas médicas, deben aplicarse al tratamiento de trastornos por el uso de drogas. Es importante limitar las intervenciones farmacológicas y psicosociales a aquellas cuya eficacia se ha demostrado a través de la investigación y/o ha sido avalada por organismos expertos. Cuando otros enfoques de tratamiento se consideren útiles, antes de implementarlos, es necesario garantizar que su efectividad y seguridad se evalúen adecuadamente, incluso a través de ensayos clínicos.

La duración e intensidad de las intervenciones deben cumplir con las pautas basadas en la evidencia. Equipos multidisciplinarios deben integrar diferentes intervenciones adaptadas a cada persona usuaria. Es necesario planificar y brindar servicios de tratamiento para los trastornos por el uso de drogas utilizando el enfoque requerido para tratar afecciones crónicas, en lugar del modelo de atención aguda. La razón es que el tratamiento y atención a largo plazo tienen una mayor probabilidad de promover vidas largas y saludables. Es importante adaptar las intervenciones a la situación cultural y financiera del país sin socavar los elementos centrales que la ciencia considera cruciales para obtener resultados efectivos. Las intervenciones o sistemas de tratamiento "tradicionales" podrían ser exclusivos de un país o entorno en particular y podrían tener evidencia limitada de su efectividad más allá de la experiencia local de las personas y sus profesionales clínicos. Dichos sistemas deberían adoptar la mayor cantidad posible de intervenciones basadas en la evidencia e introducirlas a sus servicios. Es necesario llevar a cabo una investigación de evaluación para establecer formalmente si los tratamientos "tradicionales" son efectivos y si los riesgos que conllevan son aceptables.

### *Principio 5:* ***Responder a las necesidades especiales de tratamiento y atención de los grupos de población***

Dentro de la población en general, a los subgrupos sociales con trastornos por el uso de drogas se les debe tratar con especial consideración y, si es necesario, atención especializada y personalizada. Entre los individuos de grupos con necesidades específicas se podrían incluir, entre otros: mujeres y mujeres embarazadas; niños, niñas y adolescentes; personas de edad avanzada; poblaciones indígenas; migrantes; trabajadores(as) del sexo; personas con diferente orientación sexual e identidad de género; personas con discapacidades; personas analfabetas y personas con educación limitada; personas con condiciones de salud comórbidas; personas en contacto con el sistema de justicia penal; y cualquier persona que carezca de apoyo social, como las personas en situación de calle o desempleadas. Trabajar con personas con necesidades especiales requiere planes de tratamiento diferenciados e individuales que consideren sus requerimientos, vulnerabilidades y necesidades particulares. Las personas con trastornos por el uso de drogas suelen enfrentar estigma y discriminación, lo que puede incrementarse para los grupos de población con necesidades específicas. Es posible que se deban abordar consideraciones especiales en cada entorno del continuo del tratamiento.

Los niños, niñas y adolescentes no deben ser tratados(as) en el mismo entorno que las personas adultas con trastornos por el uso de drogas. Los niños, niñas y adolescentes con trastornos por el uso de drogas deben ser tratados(as) en instalaciones que puedan manejar problemas tales como la seguridad y la protección infantil. Las instalaciones para niños, niñas y adolescentes deberían abarcar también la salud, el aprendizaje y el bienestar social en colaboración con la familia, las escuelas y los servicios sociales.

Del mismo modo, las mujeres que ingresan a tratamiento deben tener acceso a servicios especiales y podrían requerir protección. Las mujeres con trastornos por el uso de drogas suelen ser más vulnerables a violencia doméstica y abuso sexual, y sus hijos(as) también podrían ser vulnerables al abandono y al abuso; en consecuencia, se recomienda una relación estrecha con agencias sociales que protegen a mujeres, niños y niñas. Las mujeres podrían requerir servicios de tratamiento en un entorno seguro de un solo sexo para obtener el máximo beneficio. Los programas de tratamiento para padres/madres con trastornos por uso de drogas deben tener la capacidad de reconocer y satisfacer las necesidades esenciales de los hijos/hijas de dichos padres/madres. Es necesario brindar apoyo a los padres/madres y fortalecer las prácticas de cuidado y de crianza, así como en temas como la salud sexual, incluida la anticoncepción.

### *Principio 6:* ***Asegurar una buena gestión de los servicios clínicos y programas de tratamiento de los trastornos por uso de drogas***

Los servicios de tratamiento eficientes y de calidad para los trastornos por el uso de drogas deben tener métodos de gestión clínica responsables y efectivos. El programa de tratamiento, las políticas, los procedimientos y los mecanismos de coordinación deben definirse con anticipación y comunicarse con claridad a todo el personal terapéutico, administrativo y de gestión, así como a las personas. La organización del servicio debe reflejar la evidencia de la investigación actual y responder a las necesidades de los usuarios(as) del servicio. Tratar a personas con trastornos por el uso de drogas (que a menudo presentan múltiples necesidades psicosociales, psiquiátricas, de salud física y sociales) representa un desafío, tanto para el personal como para las organizaciones. Se reconoce el desgaste del personal en este campo y las organizaciones deben contar con una variedad de medidas para apoyar a su personal y alentar la provisión de servicios de buena calidad.

### *Principio 7:* ***Los servicios, las políticas y los procedimientos de tratamiento deben respaldar un enfoque de tratamiento integrado, y los vínculos con los servicios complementarios requieren de monitoreo y evaluación constantes.ç***

En respuesta a un problema de salud complejo y multifacético, se deben desarrollar sistemas de tratamiento integrales para facilitar el manejo efectivo de los trastornos por el uso de drogas y sus problemas sociales y de salud asociados. No existe una modalidad de tratamiento que pueda por sí sola atender adecuadamente todos los problemas. En consecuencia, la respuesta debe ser integral y adaptable a las necesidades de los individuos. Siempre que sea posible, los diferentes servicios deben participar en la prestación del tratamiento con la coordinación adecuada, incluyendo: atención psiquiátrica, psicológica y de salud mental; atención social y otros servicios (incluyendo vivienda y habilidades laborales y, de ser necesario, asistencia legal); así como otros servicios de atención de salud especializados (tales como servicios para VIH, VHC, TB y otras afecciones de salud concomitantes).

Es de vital importancia monitorear, evaluar y adaptar el sistema de tratamiento constantemente. Esto requiere una planificación multidisciplinaria y la implementación de servicios en una secuencia lógica y gradual que asegure la fortaleza de los vínculos entre: políticas; evaluación de necesidades; planificación de los sistemas de tratamiento; implementación y monitoreo de servicios; evaluación de resultados; y mejoras de calidad.

## *Página de Apoyo 5.2:*

### *Principios Básicos del Tratamiento Efectivo de los Trastornos por Uso de Drogas*

1. **No hay un tratamiento único que sea apropiado para todas las personas.** La adecuación de los entornos, las intervenciones y los servicios de tratamiento a los problemas y las necesidades particulares de cada persona es fundamental para su éxito final una vez vuelva a funcionar de forma productiva en la familia, el lugar de trabajo y la comunidad.
2. **El tratamiento debe estar fácilmente disponible en todo momento.** Dado que las personas con adicciones podrían tener sentimientos encontrados respecto a ingresar a tratamiento, resulta crucial aprovechar las oportunidades cuando las personas están preparadas para hacerlo. Se puede perder a personas que podrían requerir tratamiento, si éstos no están disponibles inmediatamente o si no son de acceso fácil.
3. **El tratamiento efectivo aborda las múltiples necesidades de la persona, no solamente su problema de uso de sustancias.** Para ser efectivo, el tratamiento debe abordar no sólo el problema del uso de sustancia de la persona, sino también cualquier otro problema médico, psicológico, social, vocacional y legal que presente.
4. **Un plan individual de tratamiento y de servicios debe ser continuamente evaluado y modificado según sea necesario para asegurar que el plan satisfaga las necesidades cambiantes de la persona.** Una persona podría necesitar diversas combinaciones de servicios y componentes de tratamiento durante el curso del tratamiento y la recuperación. Además de consejería o psicoterapia, una persona podría en ocasiones requerir medicación, otros servicios médicos, terapia familiar, consejos sobre la crianza, rehabilitación vocacional y servicios sociales y legales. Es fundamental que el enfoque de tratamiento sea apropiado para la edad, género, etnia y cultura del individuo.
5. **Permanecer en el tratamiento durante un tiempo adecuado es fundamental para su efectividad.** La duración apropiada para un individuo depende de sus problemas, necesidades y recursos. La investigación indica que, para la mayoría de las personas, el umbral de una mejora significativa se alcanza a los 3 meses en tratamiento. Debido a que las personas con frecuencia abandonan el tratamiento prematuramente, los programas deberían incluir estrategias para atraer y mantener a las personas en el tratamiento.
6. **La consejería (individual y/o grupal), además de otros tipos de terapia conductual, son componentes esenciales del tratamiento efectivo de la adicción.** En la terapia, las personas abordan problemas de motivación, desarrollan habilidades para resistir el uso de sustancias, sustituyen actividades de uso de sustancias por actividades constructivas y gratificantes que no involucran el uso de sustancias, y mejoran las habilidades para solucionar problemas.

   La terapia conductual también facilita las relaciones interpersonales y la capacidad del individuo para funcionar en la familia y la comunidad.
7. **Los medicamentos son un elemento importante del tratamiento para muchas personas, especialmente cuando se combinan con consejería y otras terapias conductuales.** La metadona es muy efectiva para ayudar a que las personas que son adictas a la heroína estabilicen sus vidas y reduzcan su uso de drogas. Para las personas con trastornos mentales, tanto los tratamientos conductuales como los medicamentos pueden tener una importancia crítica.

8. **Las personas que tienen adicciones o que abusan de sustancias y presentan trastornos mentales co-ocurrentes deben recibir un tratamiento integrado para ambos trastornos**. Debido a que los trastornos por uso de sustancias y los trastornos mentales a menudo coexisten, las personas que se presentan a tratamiento por una u otra condición deben ser evaluadas y recibir tratamiento para la co-ocurrencia del otro tipo de trastorno.
9. **La desintoxicación médica es sólo la primera etapa del tratamiento para la adicción y por sí sola contribuye poco a lograr un cambio a largo plazo en el uso de sustancias.** La desintoxicación médica maneja de forma segura los síntomas físicos agudos de la abstinencia asociados al cese del uso de sustancias. Aunque la desintoxicación por sí sola no suele ser suficiente para ayudar a las personas con adicciones a lograr la abstinencia a largo plazo, para algunos individuos es un elemento necesario para un tratamiento efectivo de la adicción.
10. **El tratamiento no requiere ser voluntario para ser efectivo. Una fuerte motivación puede facilitar el proceso de tratamiento.** Sin embargo, las sanciones o las recompensas dentro del entorno familiar, laboral o del sistema de justicia penal pueden aumentar el ingreso a tratamiento, las tasas de retención y el éxito del tratamiento.
11. **El potencial uso de sustancias durante el tratamiento debe ser supervisado constantemente.** Durante el tratamiento pueden producirse recaídas en el uso de sustancias. El control objetivo del uso de drogas de una persona durante el tratamiento, por ejemplo a través de análisis de orina u otras pruebas, puede ayudarla a resistir los impulsos de usar sustancias. Este control también puede proporcionar evidencia temprana del uso de sustancias de manera que el plan de tratamiento de la persona pueda ser adaptado. La retroalimentación hacia las personas que presentan resultados positivos en las pruebas de uso de drogas ilícitas es una parte importante del monitoreo.
12. **Los programas de tratamiento deben incluir exámenes para el VIH/SIDA, la hepatitis B y C, la tuberculosis y otras enfermedades infecciosas, además de brindar consejería para ayudar a las personas a modificar o cambiar comportamientos que los ponen en riesgo de contraer o transmitir enfermedades infecciosas**. La consejería puede ayudar a las personas a evitar comportamientos de alto riesgo. También puede ayudar a que las personas que ya están infectadas puedan manejar su enfermedad.
13. **La recuperación de la adicción a sustancias puede ser un proceso de largo plazo y con frecuencia requiere múltiples episodios de tratamiento.** Al igual que con otras enfermedades crónicas, las recaídas en el uso de sustancias pueden ocurrir durante o después de episodios exitosos de tratamiento. Las personas que han desarrollado una adicción podrían requerir un tratamiento prolongado y múltiples episodios de tratamiento para lograr la abstinencia a largo plazo y el pleno restablecimiento del funcionamiento. La participación en programas de apoyo de ayuda mutua durante y después del tratamiento suele ayudar a mantener la abstinencia.

Adaptado de U.S. National Institute on Drug Abuse. 2012. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (pp. 3–5). Bethesda, MD: Author.

## *Página de Apoyo 5.3:*
*Requisitos claves del entorno de tratamiento*

### A. Requisitos claves para la atención comunitaria o Outreach

- Deben existir estrategias para identificar a personas en la comunidad o en espacios públicos que necesiten intervenciones de tratamiento o de atención comunitaria o Outreach.
- Debe haber acuerdos establecidos entre el personal de salud y de aplicación de la ley, así como un entendimiento mutuo de los beneficios del trabajo de la atención comunitaria o Outreach.
- Las intervenciones centrales de atención comunitaria o Outreach deben estar disponibles.
- Deben promoverse las intervenciones tempranas para los trastornos por el uso de drogas y problemas relacionados.
- Se deben promover intervenciones tempranas en grupos de población con necesidades especiales (incluyendo mujeres embarazadas, personas involucradas en el trabajo sexual, adolescentes y personas en situación de calle, etc.).
- La información sobre los servicios de tratamiento disponibles debe divulgarse a individuos y servicios que sean los puntos de contacto iniciales para potenciales usuarios(as).
- Los trabajadores(as) de la atención comunitaria o Outreach deben promover el acceso voluntario al tratamiento (con el consentimiento de las personas) para los trastornos por el uso de drogas.
- Deben existir procedimientos para apoyar a los miembros de la familia y las comunidades para lograr que las personas con trastornos por el uso de drogas participen en los programas de tratamiento.
- Se deben mantener registros de derivaciones futuras para garantizar la continuidad de la atención.
- Los trabajadores(as) de la atención comunitaria o Outreach deben ser contratados oficialmente y recibir todo el apoyo necesario.
- Los servicios de atención comunitaria o Outreach deben cumplir con los estándares de seguridad aprobados, y disponer de políticas para condiciones de trabajo seguras y el manejo de situaciones de riesgo.
- Las intervenciones de tratamiento especializado (tales como las intervenciones médicas, la entrega de medicamentos, la consejería psicológica o la psicoterapia) deben ser siempre administradas por personal con las calificaciones y licencias pertinentes.
- La atención comunitaria o Outreach debe establecer vínculos y trabajar activamente con las comunidades y partes interesadas fuera del sector de la salud, incluyendo: grupos de la sociedad civil y ONGs que trabajan en asuntos relacionados con el uso de drogas; grupos de autoayuda mutua; líderes espirituales y comunitarios; instalaciones y organizaciones educativas, deportivas y recreativas; y el sistema de justicia penal, entre otros.

## B. Requisitos claves para entornos no especializados en el tratamiento de personas con trastornos por el uso de sustancias

- Las instalaciones y los entornos de la atención de salud, dentro y fuera del sector de la salud, que atienden a las poblaciones con una alta prevalencia de consumo y de trastornos por el uso de drogas, deben tener la capacidad de evaluar a las personas para detectar el consumo y los trastornos por el uso de drogas.
- Las personas de todos los entornos de atención de salud deben someterse a pruebas de detección de consumo y de trastornos por el uso de drogas cuando existan señales clínicas del uso de drogas y de sus efectos sobre la salud. Esto debe hacerse con el consentimiento informado de las personas y de una manera que respete su privacidad, confidencialidad y preferencias.
- El personal de salud y asistencia social debe estar capacitado en la Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento de trastornos por el uso de drogas, y tener acceso continuo a capacitación y supervisión.
- Deben mitigarse los riesgos asociados con el proceso SBIRT del uso de drogas y de los trastornos por el uso de drogas y debe garantizarse el respeto de los derechos humanos y la dignidad, incluyendo la confidencialidad de las personas.
- Las actividades de detección y tratamiento posterior deben ser voluntarias, con el consentimiento informado de la persona usuaria y su derecho a dejar de participar en cualquier etapa.
- Los entornos no especializados deben tener la capacidad de realizar y manejar una evaluación diagnóstica, y cuando sea necesario, derivar las afecciones clínicas agudas inducidas por drogas.
- Deben existir relaciones y coordinación formal entre los proveedores de servicios, además de procedimientos de derivación y contraderivación entre los diferentes niveles de prestación de servicios.
- La atención especializada — incluida la atención médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa — siempre debe ser administrada por personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes.

## C. Requisitos claves para entornos de tratamiento ambulatorio especializado

- Todos los servicios, procedimientos, políticas y reglamentaciones disponibles del tratamiento, así como las expectativas de las personas en tratamiento sobre los programas, deben estar claramente esbozados y accesibles (con el consentimiento de la persona, y de acuerdo con sus preferencias y necesidades).
- Debería estar disponible una variedad de intervenciones psicosociales estructuradas, que incluyan, entre otras: diferentes formas de consejería individual y familiar; psicoterapia e intervenciones psicosociales; y apoyo social en materia de vivienda, empleo, educación, bienestar y asuntos legales.
- Las opciones de tratamiento farmacológico deben estar disponibles. Estas deben incluir: tratamiento sintomático para trastornos por el uso de estimulantes, de cannabis y de otras drogas (como los causados por el uso de sustancias múltiples); tratamientos farmacológicos de mantenimiento con opioides y para la abstinencia de opioides; naltrexona para la prevención de recaídas en la dependencia de opioides; y naloxona para el manejo de sobredosis.

- La elección del tratamiento y el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado para una persona con un trastorno por el uso de drogas debe basarse en: una evaluación detallada de las necesidades de tratamiento; la adecuación del tratamiento para satisfacer las necesidades; la aceptación del tratamiento por parte de la persona , y su disponibilidad. Todas las personas deben tener planes de tratamiento individualizados que incluyan algunas metas de corto plazo pero con una perspectiva a largo plazo.
- Debiera haber pruebas voluntarias para VIH y enfermedades infecciosas comunes disponibles como parte de la evaluación de una persona, acompañadas de consejería antes y después de las pruebas. Por otra parte, a las personas con mayor riesgo de contraer la infección por hepatitis B se les debiera ofrecer la vacuna contra la hepatitis B.
- El tratamiento para personas con VIH, hepatitis o TB debe integrarse o vincularse con servicios médicos especializados para estas afecciones.
- Se debe ofrecer acceso a otras modalidades de tratamiento, al manejo de la recuperación y al apoyo psicosocial, según sea necesario.
- Se debe proporcionar información sobre los servicios de emergencia de 24 horas a las personas y sus familiares.
- A las personas con comorbilidades se les debe proporcionar tratamiento en el establecimiento y atención de los problemas de salud física y psiquiátrica co-ocurrentes o, cuando sea necesario, la derivación a los servicios de atención de salud adecuados.
- Los servicios de laboratorio deben estar disponibles para monitorear el progreso y el cumplimiento del tratamiento, según corresponda.
- Las personas deben ser examinadas en la evaluación inicial para detectar el uso reciente de drogas (con su respectivo consentimiento).
- Tanto el proceso como los resultados del tratamiento proporcionado deben estar sujetos a una evaluación periódica o continua.
- La planificación del alta debe garantizar la continuidad de la atención, el manejo de la recuperación y las vías alternativas que podrían seguirse en caso de falla parcial o completa del plan de tratamiento original.
- En general, el incumplimiento de un programa de tratamiento por sí solo no debiera justificar el alta involuntaria del tratamiento.
- Deben existir políticas definidas para el manejo de situaciones de riesgo específicas (tales como intoxicación o riesgo de suicidio).
- La instalación o el programa de tratamiento debe tener una estructura y administración definidas, con roles y competencias claras para cargos individuales; y métodos de selección, contratación y capacitación del personal que se ajusten a las normas legales válidas y a los reglamentos internos establecidos.
- Los casos que involucran la violación de los derechos de una persona en tratamiento por parte de un empleado(a) y las correspondientes medidas implementadas deben documentarse adecuadamente en los registros del personal.

- La atención especializada — incluida la atención médica, psicológica, psicoterapéutica, social y educativa — sólo debe ser administrada por personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes.

## D. Requisitos claves para entornos de tratamiento hospitalario de corto plazo

- Todos los servicios, procedimientos, políticas y reglamentaciones disponibles del tratamiento, así como las expectativas de las personas sobre el programa, deben estar claramente esbozados y accesibles (con su respectivo consentimiento).
- Las personas deben tener planes de tratamiento individuales que el personal revise y modifique regularmente en conjunto con ella, para garantizar el manejo adecuado de los trastornos por el uso de drogas y las condiciones de salud concomitantes.
- La elección del tratamiento y el desarrollo de un plan de tratamiento individualizado para una persona con trastorno por uso de drogas debe basarse en: una evaluación integral detallada de su uso; sus problemas psicosociales y situación de salud; sus necesidades de tratamiento; la adecuación del tratamiento para satisfacer dichas necesidades; y la aceptación del tratamiento por parte de la persona, y su disponibilidad.
- Deben existir protocolos claramente definidos para la prescripción de medicamentos, las intervenciones psicosociales y de otros tipos adaptadas a las necesidades específicas de la persona en tratamiento, y éstos deben estar fundamentados en los resultados de la investigación o respetar las buenas prácticas clínicas reconocidas.
- Deben existir protocolos definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (incluyendo la intoxicación y el riesgo de suicidio).
- Deben estar disponibles instalaciones de laboratorio y de diagnóstico in situ o externas.
- El apoyo o transporte de emergencia debe estar disponible en caso de complicaciones potencialmente mortales de los síndromes de abstinencia u otras condiciones de salud.
- Cuando se está considerando un procedimiento con riesgos conocidos, se debe llevar a cabo una evaluación cuidadosa de sus riesgos/beneficios, con el fin de seleccionar la opción menos riesgosa.
- El acceso a grupos de autoayuda y a otros grupos de apoyo debe estar disponible. Ya sea que la meta del tratamiento del individuo sea la abstinencia o no, se deben tomar medidas para reducir el daño del uso continuo de drogas. (Entre otras cosas, las medidas se refieren a la salud, la dieta, el equipo estéril de inyección, la prevención de sobredosis y el suministro de naloxona).
- Los planes de tratamiento deben garantizar la continuidad de la atención de la persona en tratamiento ambulatorio, tratamiento residencial a largo plazo o manejo de la recuperación.
- Los programas de tratamiento para los trastornos por uso de drogas deben estar vinculados a otros servicios que apoyan las intervenciones para los hijos(as) de las personas en tratamiento y otros familiares que podrían necesitarlos.
- El proceso y los resultados del tratamiento proporcionado deben estar sujetos a una evaluación periódica o continua.

- La estructura y la administración de la organización o programa de tratamiento debe estar claramente definida, detallando los roles y competencias de los cargos individuales y estableciendo que los métodos de contratación y capacitación del personal reflejen las normas legales válidas y los reglamentos internos establecidos.
- Los registros escritos o electrónicos de las personas en tratamiento deben mantenerse de una manera que respete la confidencialidad de éstos(as).
- El servicio debe tener políticas sobre condiciones de trabajo seguras y formas de manejar situaciones de riesgo.
- Los casos que involucran la violación de los derechos de una persona usuaria por parte de un empleado(a) y las medidas correspondientes implementadas deben documentarse adecuadamente en los registros del personal.
- El tratamiento hospitalario especializado de corto plazo para los trastornos por el uso de drogas solo debe ser administrado por personal que cuente con las calificaciones y licencias pertinentes (por ejemplo, en el campo clínico, psicológico, psicoterapéutico, social y educativo).

### E. Requisitos claves para entornos de tratamiento de largo plazo o residencial

- El entorno de tratamiento residencial de largo plazo posee un programa terapéutico planificado.
- A todas las personas se les realiza una evaluación integral.
- Todas las personas tienen un plan de tratamiento individualizado, revisado regularmente, basado en su evaluación.
- Existe un horario diario estructurado y consistente de actividades grupales.
- El programa de tratamiento tiene una cadena clara de responsabilidades clínicas.
- Existen privilegios claramente definidos con una justificación y un proceso para asignarlos.
- El servicio asume la responsabilidad de mejorar y mantener la salud física de las personas en tratamiento.
- Existen políticas, procedimientos y supervisión clínica adecuados para la terapia farmacológica y el manejo de los medicamentos prescritos.
- El servicio está equipado para preparar a los/las residentes para una vida independiente en la comunidad en general.
- Los centros de atención registrados y otras instalaciones de tratamiento de largo plazo cumplen con los estándares mínimos nacionales para entornos residenciales.
- Existen criterios definidos para la expulsión de personas en tratamiento; entre otros motivos, por la violación de las reglas del servicio de tratamiento, la violencia y el uso continuo de drogas no prescritas.
- Existe un estricto código de ética para el personal. Es aconsejable establecer una junta externa para proporcionar supervisión, asegurando así que los directores(as) y el personal de entornos de tratamiento residencial de largo plazo cumplan con las buenas prácticas y la ética y se abstengan de abusar de su poder.

- Existen criterios definidos para el manejo de situaciones de riesgo específicas (tales como la intoxicación y el riesgo de suicidio).
- El alta se basa en una consideración del estado de recuperación de la persona usuaria.
- Se presta atención al tratamiento adicional y al apoyo (familiar, social o de otro tipo) que podría requerirse, según el diagnóstico, las metas y los recursos de la persona exploran planes de atención que trazan rutas alternativas que podrían seguirse en caso de falla parcial o completa del plan original, o expulsión de los servicios de tratamiento de los trastornos por uso de drogas.
- El servicio cuenta con políticas sobre condiciones de trabajo seguras y el manejo de situaciones de riesgo.
- La estructura y la administración del programa de tratamiento de largo plazo debe estar claramente definida, detallando los roles y competencias de los cargos individuales y asegurando que los métodos de selección, contratación y capacitación del personal cumplan con las normas legales válidas y los reglamentos internos establecidos.
- Los registros escritos o electrónicos de las personas deben mantenerse de una manera que respete la confidencialidad de éstos(as).
- Los casos que involucran la violación de los derechos de una persona por parte de un empleado(a) y las medidas correspondientes implementadas son documentados adecuadamente en los registros del personal.
- El tratamiento especializado para los trastornos por el uso de drogas solo es administrado por personal con las calificaciones y licencias pertinentes (por ejemplo, en el campo clínico, psicológico, psicoterapéutico, social y educativo) y siempre con el consentimiento de la persona.

# *Módulo 5: —*
# *Principios, Sistemas y Entornos de Tratamiento, Resumen*

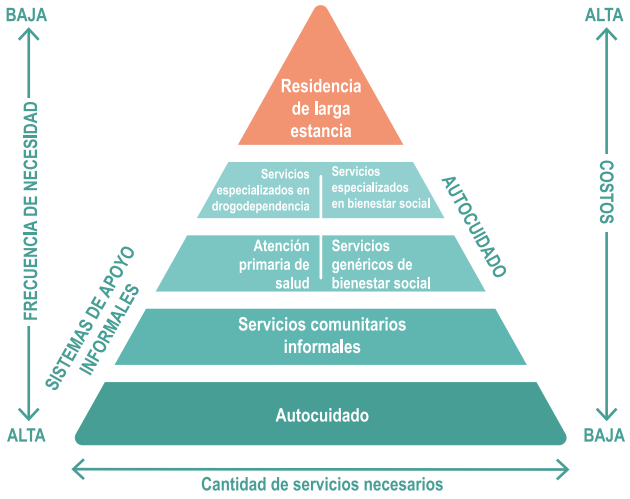
- Los trastornos por uso de drogas se pueden tratar eficazmente a través de una serie de intervenciones farmacológicas y psicosociales.
- En el manejo de los trastornos por uso de drogas, el objetivo del tratamiento es mejorar la salud y la calidad de vida de las personas con trastornos por uso de drogas, y el objetivo final es ayudar a los individuos a lograr la recuperación en la medida de lo posible. Específicamente, las metas del tratamiento incluyen:
  - Detener o reducir el uso de drogas.
  - Mejorar la salud, el bienestar, y el funcionamiento social de las personas afectadas.
  - Evitar daños futuros disminuyendo los riesgos de complicaciones y recaídas.
- Cualquier modalidad de tratamiento o intervención debe ser segura y efectiva, independientemente de la filosofía de tratamiento que se emplee o del entorno en el que se utilice. Esto es de vital importancia, ya que las personas con trastornos por uso de sustancias no merecen nada menos que unos estándares de atención éticos y basados en la ciencia similares a los que se aplican al tratamiento de otras enfermedades crónicas.
- La Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito elaboraron colaborativamente un conjunto de principios para el tratamiento de los trastornos por uso de drogas. Estos principios fundamentales se basan en estándares internacionales de tratamiento.
- La Página de Apoyo 5.1 proporciona información adicional sobre los Principios Fundamentales para el Tratamiento de los Trastornos por el Uso de Drogas.

## *El Sistema de Tratamiento*

- Los servicios de tratamiento deben estar/ser:
  - Disponibles: se refiere a la presencia sostenible de servicios capaces de tratar a personas con trastornos por uso de drogas.
  - Accesibles: se refiere a su alcance o disponibilidad para toda la población. Los servicios de tratamiento deben estar convenientemente ubicados y cercanos al transporte público (incluyendo las zonas rurales y urbanas), con un horario de apertura que permita una adecuada prestación de servicios. Ciertos factores de diseño de los servicios aumentarán el acceso de los subgrupos que necesitan tratamiento para los trastornos por uso de drogas (tal como guarderías para personas usuarias con hijos/hijas). Por otra parte, las actitudes hacia determinados grupos de población u otros factores no deben obstaculizar el acceso a los servicios.

- Asequibles: el tratamiento debe ser asequible para personas usuarias de diferentes grupos socioeconómicos y niveles de ingresos. Idealmente, el tratamiento de los trastornos por uso de drogas debiera ser gratuito, para que los costos no se conviertan en un obstáculo para el tratamiento.
- Basados en la evidencia: las intervenciones de tratamiento deben basarse en evidencias científicas y seguir pautas basadas en la evidencia, como el tratamiento de cualquier otro trastorno de salud. Esto es clave para asegurar la calidad de los servicios de tratamiento.
- Diversificados: es necesario diversificar los servicios de tratamiento para satisfacer las necesidades de la población objetivo y ofrecer diferentes enfoques de tratamiento. No existe un enfoque único que se adapte a todos los tipos, gravedad o etapas de los trastornos por uso de drogas. En consecuencia, es necesario contar con una gama diversa de modalidades de tratamiento en los diferentes entornos (atención comunitaria o Outreach, ambulatorio, hospitalario, residencial) para abordar adecuadamente el rango de necesidades de las personas. Dado que la recuperación continúa siendo la meta final de todos los servicios de tratamiento y atención, los servicios de manejo de la recuperación sostenida deben ser parte integral del sistema de tratamiento.

- Los trastornos por uso de drogas pueden describirse en un espectro que va desde la baja a la alta severidad y complejidad.




- Como se muestra en la pirámide organizacional de los servicios[1], la mayoría de las intervenciones de tratamiento son requeridas en los niveles inferiores de intensidad.
- El tratamiento ambulatorio es la primera opción recomendada desde el punto de vista de la salud pública, siempre que esté basado en la evidencia y pueda satisfacer las necesidades de las personas usuarias. El tratamiento hospitalario y residencial podría ser necesario sobre la base de una evaluación personalizada para individuos con trastornos por uso de drogas más graves o complejos o con problemas sociales adicionales.

1 Figura: Pirámide organizacional de servicios para el tratamiento y la atención de los trastornos por uso de sustancias (ONUDD, 2014) basada en la Pirámide de Servicios de Salud Mental de la OMS (OMS, 2003)

## Entornos del Tratamiento

- La Organización Mundial de la Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito describen cinco grupos claves de entornos para proporcionar intervenciones de tratamiento, a saber:
  - Servicios de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach.
  - Entornos no especializados para el tratamiento.
  - Tratamiento ambulatorio especializado.
  - Tratamiento hospitalario especializado de corto plazo.
  - Tratamiento residencial especializado de largo plazo.

## Servicios de Extensión de la Atención hacia la Comunidad

- Los servicios de extensión de la atención hacia la comunidad buscan activamente establecer contacto y alentar a las personas que usan drogas a relacionarse con los/las profesionales de la salud.
- La meta es minimizar el tiempo entre la aparición del trastorno y el inicio del tratamiento, reduciendo así los efectos negativos del uso de sustancias en la salud así como en el ámbito social.
- Este entorno ayuda también a construir un vínculo positivo entre el proveedor(a) de servicios y las personas con trastorno por uso de sustancias.
- Proporcionan fácil acceso a servicios básicos sociales y de salud así como a los servicios disponibles de tratamiento especializado para los TUS.

## Entornos no especializados para el tratamiento de personas con TUS

- Estos entornos no se han diseñado para proporcionar tratamiento especializado.
- Desempeñan un papel importante en el proceso de detección para identificar, prevenir y tratar los TUS, y también en la intervención breve y la derivación a tratamiento.
- Incluyen la atención primaria, la atención de urgencias, los hospitales generales, la atención prenatal, los servicios de asistencia social, los servicios de salud escolar, los servicios de salud en las prisiones, y algunos centros de salud mental.
- El proceso de detección y las intervenciones breves pueden llevarse a cabo de forma eficiente, minimizando las interrupciones en la prestación de otros servicios.

## Tratamiento Ambulatorio Especializado

- Los entornos de tratamiento ambulatorio especializado suelen tener su base en la comunidad.
- Se ofrecen en una variedad de lugares: centros de salud públicos o privados, clínicas de salud mental comunitarias, clínicas hospitalarias, entre otros.
- Estos entornos proporcionan sus servicios en horarios que se adaptan y no interfieren con las actividades escolares o laborales de las personas a las que atienden.
- Varían considerablemente en términos de componentes e intensidad, desde programas de alta intensidad, tales como los tratamientos intensivos diurnos que implican interacciones diarias con las personas atendidas, hasta varias horas de tratamiento algunos días a la semana.

- También hay programas de intensidad media-baja que contemplan intervenciones de menor intensidad, que podrían incluir sesiones semanales de apoyo grupal, tratamiento individual semanal, entre otros.
- Los llevan a cabo profesionales especializados(as) en el tratamiento de TUS y/o de trastornos co-ocurrentes.

## *Tratamiento hospitalario especializado de corto plazo*

- El entorno hospitalario proporciona atención las 24 horas del día y tiene capacidad para manejar las manifestaciones agudas del TUS.
- Se puede administrar en entornos hospitalarios que se especializan en el tratamiento de la salud mental y de los TUS, ya sea en unidades especializadas o en programas hospitalarios generales; estos programas deben contar con personal debidamente capacitado y con el equipo clínico necesario.
- Las manifestaciones que determinan tener que acceder a este tipo de entorno incluyen los estados de intoxicación aguda, el síndrome de abstinencia u otras condiciones clínicas agudas relacionadas con el uso de sustancias.
- Brinda la oportunidad de descontinuar el uso de sustancias con un mínimo de malestar y de riesgos para la salud.
- La duración de la estadía suele variar entre una a cuatro semanas, dependiendo de la práctica local y de la condición clínica.
- El tratamiento hospitalario de corto plazo requiere un mayor grado de supervisión clínica que el tratamiento residencial de largo plazo, que normalmente tiene lugar después de una fase de abstinencia aguda.

## *Tratamiento residencial especializado de largo plazo*

- Es un entorno terapéutico libre de sustancias, que ha sido diseñado para proporcionar un ambiente protegido de manera que la persona esté separada de los ambientes caóticos y estresantes que han contribuido al TUS.
- La admisión al tratamiento normalmente requiere la aceptación de las normas y reglamentos del entorno de tratamiento.
- El tratamiento a largo plazo o residencial difiere de las viviendas subvencionadas, que funcionan principalmente como un hogar sin intervenciones de tratamiento, aunque los/las residentes pueden asistir a programas de tratamiento ambulatorio.
- Los entornos residenciales de largo plazo ofrecen una amplia y extensa gama de intervenciones.
- Los modelos tradicionales solo incluyen métodos de tratamiento psicosocial; en la actualidad, los enfoques modernos han incorporado el uso de medicamentos.
- El tratamiento residencial de largo plazo debería durar al menos tres meses y probablemente más, dependiendo de las necesidades de la persona atendida.
- La duración del tratamiento requerido varía para cada residente.
- Todos los programas de tratamiento residencial deben proporcionar condiciones seguras para el personal y los/las residentes, con el fin de garantizar un ambiente vital y de aprendizaje psicológica y físicamente seguro.

# Módulo 6

## EL CONTINUO DE LA ATENCIÓN

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *160*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *161*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *162*
*Páginas de Apoyo* ..... *228*
*Resumen* ..... *240*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Bienvenida, revisión del día 2 e introducción al Módulo 6 | 10 minutos | |
| Presentación: El Continuo de la Atención | 35 minutos | |
| Presentación: Intervención en la Trayectoria de Atención: Atención comunitaria o Outreach / SBIRT | 15 minutos | |
| Presentación: Intervención en la Trayectoria de Atención: Evaluación Inicial | 15 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Presentación: Intervención en la Trayectoria de Atención: Evaluación Integral | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupo grande: Contacto inicial | 30 minutos | |
| Presentación: Intervención en la Trayectoria de Atención: Plan de Tratamiento Individualizado | 30 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Intervenciones en la familia | 20 minutos | |
| Presentación: Intervención en la Trayectoria de Atención: Plan de Tratamiento Individualizado (Cont.) | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Plan de Tratamiento Individualizado | 30 minutos | |
| ***Almuerzo*** | ***60 minutos*** | |
| Presentación: Intervención en la Trayectoria de Atención: Cuidados Postratamiento | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Estudio de caso del continuo de la atención | 70 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Presentación: Manejo de casos | 15 minutos | |
| Ejercicio en grupo grande: Preguntas relacionadas con ejercer defensoría | 10 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Componentes del Manejo de Casos | 35 minutos | |

*Fin del día 3*

# Metas y Objetivos del Módulo 6

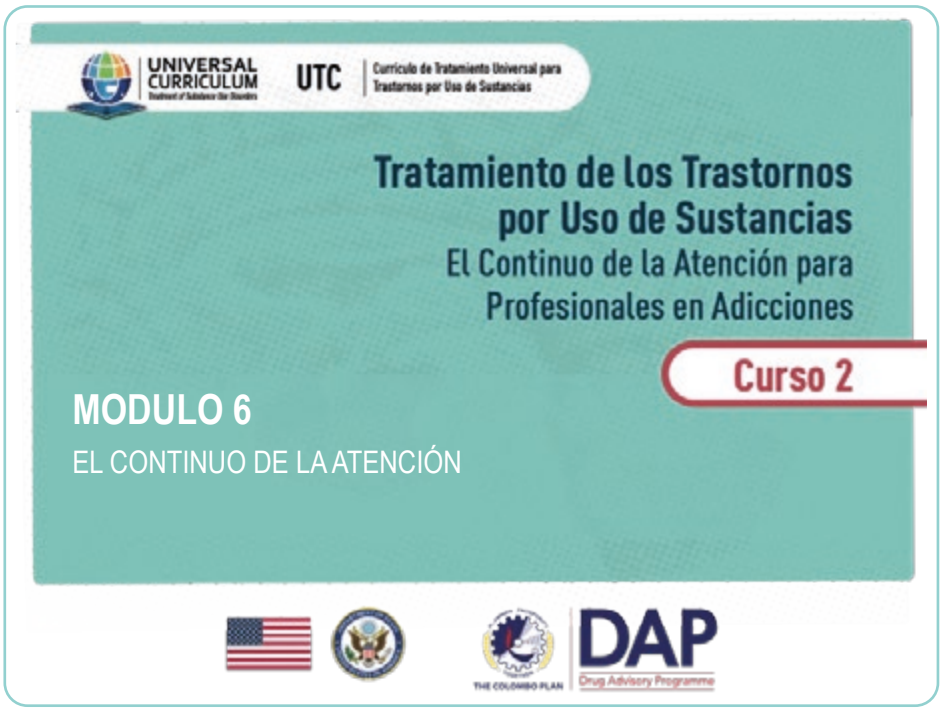
## Metas de la Capacitación

- Brindar una visión global exhaustiva de los distintos componentes de un tratamiento efectivo; y
- Proporcionar una oportunidad para que los/las participantes comprendan el concepto del continuo de la atención aplicándolo a una persona usuaria.

## Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 6 serán capaces de:

- Proporcionar una descripción general del continuo de la atención para los TUS;
- Identificar los componentes de la atención continua.
- Nombrar y describir los elementos centrales de la atención comunitaria o Outreach y del proceso SBIRT.
- Nombrar y describir los elementos centrales de la evaluación inicial.
- Nombrar y describir los elementos centrales de la evaluación integral.
- Nombrar y describir los elementos centrales del desarrollo y la implementación de planes de tratamientos centrados en la persona.
- Nombrar y describir los elementos centrales de los cuidados postratamiento.
- Definir el manejo de casos y describir sus elementos centrales
- Aplicar el concepto del continuo de la atención identificando un continuo apropiado para una persona usuaria a través de un estudio de caso.




## Objetivos de Aprendizaje

- Proporcionar una descripción general del continuo de la atención para los TUS.
- Identificar los componentes de la atención continua.
- Nombrar y describir los elementos centrales de la atención comunitaria o Outreach y del proceso SBIRT.
- Nombrar y describir los elementos centrales de la evaluación inicial.

6.2

## Objetivos de Aprendizaje (Cont.)

- Nombrar y describir los elementos centrales de la evaluación integral.
- Nombrar y describir los elementos centrales del desarrollo y la implementación de planes de tratamientos centrados en la persona.
- Nombrar y describir los elementos centrales del postratamiento.

6.3

## Objetivos de Aprendizaje (Cont.)

- Definir el manejo de casos y describir sus elementos centrales.
- Aplicar el concepto del continuo de la atención identificando un continuo apropiado para una persona usuaria a través de un estudio de caso.

6.4

## El Continuo de la Atención

- Los trastornos por uso de sustancias suelen evolucionar hacia trastornos crónicos y recidivantes.
- Esto implica que los servicios de tratamiento tienen que trabajar con las personas que atienden en un largo plazo, a menudo durante años y a veces durante toda la vida de la persona, manteniendo el contacto, ofreciendo intervenciones de crisis y apoyo cuando se requiera y en diferentes niveles de intensidad.

6.5

## El Continuo de la Atención

- "La recuperación de la dependencia del uso de sustancias es un proceso continuo y una experiencia a través de la cual los individuos, las familias y las comunidades utilizan recursos internos y externos para abordar los trastornos por uso de sustancias, manejar activamente su continua vulnerabilidad a dichos trastornos y desarrollar una vida saludable, productiva y significativa" (Adaptado de White, 2007).

6.6

## El Continuo de la Atención

- Las personas podrían requerir diferentes servicios e intervenciones durante su recuperación, y es importante asegurar la continuidad de los servicios de tratamiento y de atención y del manejo de la recuperación.
- Implica que la atención se proporciona de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas, entornos y/o modalidades.

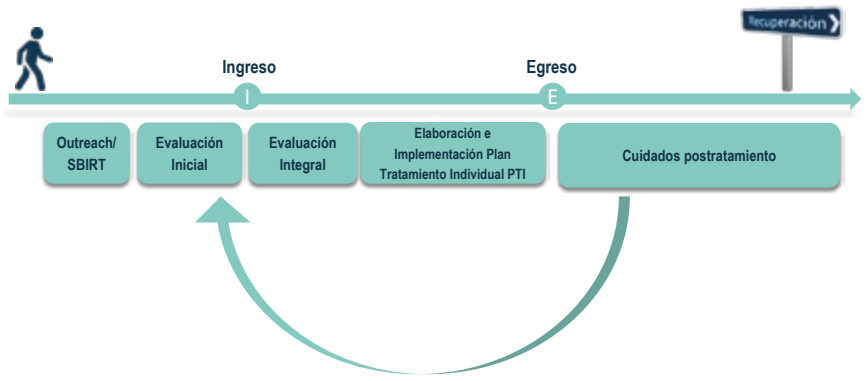
6.7

## El Continuo de la Atención

- Supone comprender que el logro de resultados terapéuticos trasciende los límites de un entorno específico, lo que requiere el tránsito de la persona por una red de atención articulada.

6.8

## El Continuo de la Atención




Ref.:
• Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers (NTA, 2002) NTA Business Plan 2005/06 (NTA, 2005) NTA Treatment Effectiveness Strategy Briefing 2005–08 (online at www.nta.nhs.uk) Treating Drug Misuse Problems: Evidence of Effectiveness (NTA, 2006)
• Doyle J, Ivanovic J (2010) National Drugs Rehabilitation Framework Document. National Drugs Rehabilitation Implementation Committee. Dublin: Health Services Executive

6.9

## Intervención en la Trayectoria de Atención

1. Atención comunitaria o Outreach / SBIRT.
2. Evaluación Inicial.
3. Evaluación Integral.
4. Desarrollo de un Plan de Tratamiento Individualizado.
5. Implementación del Plan de Tratamiento.
6. Postratamiento.

6.10

## Atención comunitaria o Outreach / SBIRT

- Estrategias asociadas al contacto temprano y oportuno y al proceso de detección de personas con trastorno por uso de sustancias:
- Atención comunitaria o Outreach.
- Entrega de Información.
- Detección.
- Intervención Breve

6.11

## Atención comunitaria o Outreach

- Iniciativas organizadas para identificar y detectar a las personas que podrían tener un problema de uso de sustancias.

6.12

## Atención comunitaria o Outreach

- Generación de conexiones de un grupo o programa con otro.
- Ampliación de los servicios o de la asistencia a personas o grupos no atendidos anteriormente.

6.13

## Metas de la Atención Comunitaria o Outreach

- Establecer contacto.
- Generar confianza.
- Desarrollar relaciones.
- Proporcionar vínculos con la atención de salud requerida.
- Involucrar a las personas en intervenciones breves o en tratamientos de TUS.

6.14

## ¿Por qué Implementar Atención Comunitaria o Outreach?

- Porque muchas personas que usan sustancias consideran que los programas de tratamiento:
  - Son intimidantes.
  - Son de difícil acceso.
  - Son demasiado rígidos o críticos en su enfoque.
  - Se enfocan sólo en la abstinencia.
  - Son irrelevantes para las necesidades inmediatas de las personas.
  - Son demasiado costosos.

6.15

## ¿Métodos y Entornos de la Atención Comunitaria o Outreach

- Educación comunitaria con otras agencias.
- Comunicarse con las personas que usan sustancias en los refugios para personas en situación de calle, clínicas de VIH u otras clínicas médicas, centros comunitarios y centros de acogida.
- Educación y procesos de detección en escuelas, centros sociales y clínicas.
- En las calles (autónomo) o a domicilio (en el hogar) o en edificios u organizaciones de la comunidad (peripatético).

6.16

## Otras Iniciativas de Atención Comunitaria o Outreach

- El personal de asistencia o los/las para-profesionales pueden acudir a lugares donde se fomenta el uso de sustancias, tales como las discotecas.
- Los educadores(as) de pares pueden visitar los lugares que son frecuentados por personas que usan sustancias
- El personal médico puede proporcionar intervenciones breves y derivaciones dondequiera que trabajen.

6.17

## Información

- Información sobre instituciones y servicios.
- Entrega de folletos con contenido educativo sobre los efectos perjudiciales del uso de sustancias y otros temas clínicos relacionados.
- Información sobre los servicios proporcionados en un programa de tratamiento.
- Entrega de la dirección y números telefónicos de los programas de tratamiento.

6.18

## Detección

- Aplicación de herramientas validadas (pruebas o cuestionarios) para la detección de trastornos por uso de sustancias y el nivel de riesgo que representan.
- La detección SOLO identifica si existe un problema y SI es necesaria una evaluación adicional.

6.19

## Detección versus Evaluación

- La detección trata de identificar solamente si existe un problema y si es necesaria una evaluación posterior.
- La evaluación trata de identificar con la mayor precisión posible la naturaleza de un TUS y de otros problemas y el nivel de intervención que podría ser necesario.

6.20

## Validez de un Instrumento de Detección

- El grado en que el instrumento realmente mide lo que dice medir.
- Instrumentos internacionalmente validados:
  - AUDIT, una herramienta de 10 ítems para la detección de trastornos por consumo de alcohol.
  - Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST).

6.21

## Otros Instrumentos de Detección

- Se han diseñado muchos otros instrumentos para la detección en adultos(as) y adolescentes.
- Para conocer otros instrumentos de detección que no se han validado para su utilización con todo tipo de población, consultar la Página de Apoyo 6.1.

6.22

## Detección

6.23

## Intervención Breve

- Se centra en aumentar la percepción y la toma de conciencia de la persona sobre el uso de sustancias y el cambio de comportamiento.
- Se puede proporcionar a través de una sola sesión o de múltiples sesiones de intervenciones motivacionales por profesionales o pares que trabajan en TUS.

6.24

## Evaluación Inicial

- En el primer contacto con el sistema, la evaluación inicial identifica información que puede ser utilizada tanto por el/la profesional clínico como por la persona atendida para tomar decisiones importantes sobre el siguiente paso. Esta información también proporciona datos de referencia para determinar el funcionamiento de la persona al ingresar a tratamiento.

6.25

## Evaluación Inicial (Cont.)

- La evaluación inicial identifica la información fundamental para determinar el nivel de atención que requiere la persona.

6.26

## Evaluación Inicial (Cont.)

- El término “TRIAGE” implica clasificar, seleccionar o escoger.
- Proceso por el que se selecciona a las personas en función de su necesidad de tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados.
- Posicionar a la persona en una lista de espera para recibir atención.

6.27

## Evaluación Inicial (Cont.)

- La evaluación de triage generalmente se lleva a cabo cuando una persona que hace uso indebido de sustancias se pone en contacto por primera vez con los servicios de tratamiento de los trastornos por uso de drogas.
- La meta de la evaluación inicial o de triage es determinar la gravedad y la urgencia de los problemas de la persona y el tipo de tratamiento más adecuado para él o ella.

6.28

## Evaluación Inicial (Cont.)

- Implica una evaluación más exhaustiva de los problemas de drogas y de alcohol del individuo que la que se realiza en la detección.
- Incluye una evaluación de la motivación de la persona para participar en el tratamiento, los factores de riesgo actuales y la urgencia de la necesidad de tratamiento.

6.29

## Evaluación Inicial: Objetivos

- Realizar un diagnóstico clínico inicial del trastorno por uso de sustancias.
- Evaluar las principales dimensiones de relevancia clínica.
- Determinar el nivel de atención que requiere la persona, en función del diagnóstico clínico.

6.30

## Evaluación Inicial: Dimensiones

Las principales dimensiones de relevancia clínica son:

1. El uso de sustancias.
2. Las necesidades de salud física y mental.
3. La preparación para el cambio de comportamiento y motivación para ingresar a tratamiento.
4. El ambiente de recuperación (apoyo familiar y apoyo social).

6.31

## Admisión al Tratamiento

Una vez que se ha definido el nivel de atención requerido por la persona, el paso siguiente corresponde a la admisión a algún tipo de tratamiento.

- Tratamiento ambulatorio (de baja o alta intensidad).
- Tratamiento residencial.
- Hospitalización (desintoxicación, riesgo de suicidio, otros).

6.32

## Admisión al Tratamiento: Consentimiento Informado

- El consentimiento informado es un elemento esencial que es necesario considerar durante el proceso de admisión, que permite a las personas tomar decisiones informadas. Comprende:
  - Capacidad de la persona para tomar una decisión.
  - Explicación de la información requerida para tomar la decisión.
  - Comprensión de la persona de la información sobre el tratamiento.
  - Decisión voluntaria de la persona de ingresar a tratamiento.

6.33

## Evaluación Integral

- Recopilación de información para determinar las necesidades y recursos de la persona en diversas áreas o dimensiones.
- Permite comprender la naturaleza y las causas de la situación particular del individuo y considera las posibles rutas para la recuperación.

6.34

## Evaluación Integral

- Dirigida a aquellas personas que requerirán intervenciones estructuradas para el tratamiento del uso de sustancias.
- Normalmente se realiza al comienzo del tratamiento.
- Establece una línea base para medir los avances terapéuticos.

6.35

## Evaluación Integral

- Proporciona información para la formulación de un plan de tratamiento individualizado.
- Es un proceso continuo y no un evento específico.
- Prioriza los problemas de la persona e identifica sus fortalezas.
- Constituye una oportunidad para la generación de una alianza terapéutica y para promover adherencia al tratamiento.

6.36

## Evaluación Integral: Dominios

- Uso de sustancias.
- Salud física y mental.
- Funcionamiento social.
- Situación familiar.
- Motivación para el cambio.

Las diferentes áreas que se deben evaluar en una Evaluación Integral podrían requerir diversas competencias profesionales, y de preferencia debería llevarse a cabo por un equipo multidisciplinario.

6.37

## Evaluación Integral: Métodos

Métodos de Evaluación

- Entrevista clínica.
- Instrumentos de evaluación.
- Fuentes colaterales, con la autorización de la persona usuaria:
  - Familia
  - Amistades
  - Empleadores
  - Personas de referencia
- Pruebas de orina u otras pruebas para la detección de sustancias.
- Otros exámenes de la salud.

6.38

## Ejercicio en grupo grande: Contacto inicial

- Analizar en grupo completo las diferentes formas en que las personas entran en contacto con la red de servicios de atención.
- Describir las diferentes formas de admisión a los servicios de tratamiento.

6.39

## Plan de Tratamiento Individualizado

- Plan de tratamiento estructurado e interdisciplinario basado en las necesidades de la persona y que detalla los pasos esenciales para el curso del tratamiento.

6.40

## Plan de Tratamiento Individualizado

- Elaboración de un plan de tratamiento individualizado
- Implementación del plan de tratamiento individualizado

6.41

## Elaboración de un Plan de Tratamiento Individualizado

Plan de Tratamiento Efectivo:

- Individualizado
- Flexible
- Realista
- Simple
- Útil
- Enfocado en soluciones
- Claro
- Se ajusta a los cambios y avances
- Con metas claras y alcanzables

6.42

## Elaboración de un Plan de Tratamiento Individualizado

- Componentes del Plan de Tratamiento:
  - Plazo del tratamiento.
  - Áreas de intervención: uso de sustancias, condiciones co-ocurrentes, salud mental y emocional; salud física; empleo, vivienda, asuntos legales, necesidades educacionales; apoyo familiar, social, recreativo y comunitario.
- Metas
  - Objetivos (resultados esperados).
  - Plazos finales para el logro de avances.
  - Definición de intervenciones específicas.

6.43

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado

- Llevar a cabo sistemáticamente una serie de intervenciones para ayudar a la persona usuaria a lograr las metas del plan de tratamiento.

6.44

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado

- Intervenciones basadas en la evidencia.
- Desarrollado por diferentes profesionales (interdisciplinario).

6.45

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado

**El Plan de Tratamiento debe ser monitoreado de forma continua para evaluar su cumplimiento e identificar de forma oportuna las necesidades de modificaciones, reformulaciones y/o actualizaciones.**

6.46

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado

Intervenciones:

- Consejería Individual.
- Consejería grupal.
- Intervenciones en la familia / Consejería familiar.
- Vinculación a Grupos de Autoayuda.
- Vinculación a Servicios de Apoyo Social.
- Farmacoterapia.
- Pruebas para la detección de sustancias.

6.47

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones

### Intervenciones: Consejería Individual

- Las sesiones de consejería individual varían dependiendo de:
  - El tipo de programa.
  - La etapa de recuperación de la persona usuaria.
  - Las necesidades individuales de la persona usuaria.

6.48

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones: Consejería Individual**

- Contenido de una Consejería Individual.
  Un(a) terapeuta podría:
  - Preguntar a la persona cómo se siente.
  - Preguntar a la persona sobre sus reacciones respecto a una reunión grupal reciente.
  - Averiguar qué actividades realizó la persona desde la última sesión.
  - Indagar sobre el uso de drogas.
  - Preguntar si hay temas urgentes que tratar.

6.49

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

- Un(a) terapeuta podría:
  - Examinar los planes de tratamiento y las estrategias de afrontamiento.
  - Abordar los temores y ansiedades relacionados con el cambio.
  - Proporcionar retroalimentación personalizada con respecto a resultados de pruebas para la detección de sustancias.
  - Profundizar en temas delicados que son difíciles de discutir en un grupo.
  - Ayudar a las personas  a acceder a los servicios.
  - Asignar a las personas tareas individuales.

6.50

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

### Intervenciones: Consejería Individual

- Finalización de una Sesión
  - Una sesión de consejería suele terminar con un resumen de los planes de la persona en tratamiento y un programa para los días siguientes.
  - Programación de la siguiente sesión

6.51

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones: Consejería Grupal**

- Proporciona oportunidades para que las personas en tratamiento desarrollen habilidades de comunicación y de socialización.
- Crea un ambiente en el que las personas se ayudan, se apoyan, y se confrontan.
- Introduce estructura y disciplina en las a menudo caóticas vidas de las personas usuarias.
- Proporciona normas útiles y un ambiente acogedor.

6.52

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones: Consejería Grupal**

- Ayuda a las personas a aumentar la comprensión de su capital de recuperación y de los obstáculos para la recuperación.
- Promueve la evaluación individual de los factores críticos de riesgo y de protección.
- Promueve la recuperación individual.
- Proporciona oportunidades para que las personas líderes del grupo transmitan nueva información, enseñen nuevas habilidades y guíen a las personas mientras practican nuevos comportamientos.

6.53

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

### Intervenciones: Consejería Grupal

- Advertencias sobre la Consejería Grupal
  - Algunas personas nunca deben ser asignadas a los mismos grupos:
    - Los agresores(as) y las víctimas de violencia doméstica deben estar en grupos separados.
    - Vecinos(as), amigos(as), parientes, cónyuges o parejas no deben ser asignados al mismo grupo (excepto en consejería de grupos familiares).
  - El tamaño del grupo debe ser entre 8 y 15 miembros.
  - Las sesiones no deben durar más de 1.5 horas.

6.54

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones: Consejería Grupal**

La Consejería Grupal no es para todas las personas. Algunas personas que experimentan ansiedad social o que son muy introvertidas no toleran bien los grupos.

- Algunas personas con trastornos mentales graves no pueden participar en sesiones grupales.
- Las personas que no respetan los principios del grupo o que no pueden controlar sus impulsos podrían responder mejor a la consejería individual.

6.55

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones en la Familia**

- Las familias de personas con TUS suelen necesitar servicios .
- Las intervenciones en la familia como parte del plan de tratamiento pueden beneficiar tanto a la recuperación del individuo como a los miembros de la familia.

6.56

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

### Intervenciones en la Familia

- Generalmente se ofrece un programa estructurado con una combinación de componentes individuales y de grupo.
- La duración, la cantidad y la frecuencia de las sesiones así como los componentes de la intervención varían en función de los recursos, como por ejemplo el nivel de competencia del personal, la disponibilidad de espacio, los costos, etc.

6.57

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones en la Familia**

- El Protocolo para Mejorar el Tratamiento (Treatment Improvement Protocol — TIP-39) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, 2015) describe cinco niveles de intervención en la familia.
- El TIP-39 presenta modelos, técnicas y principios de terapia familiar, con especial atención en las etapas de la motivación, así como en el tratamiento y la recuperación.
- Los cinco niveles de intervención en la familia descritos en el TIP-39 varían en función del grado de participación en el tratamiento y del grado de personalización de la intervención para cada familia.

6.58

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones en la Familia**

El nivel 1 implica poca o ninguna participación, mientras que el nivel 5 se refiere al nivel más alto de participación.

- **Nivel 1: Poca o ninguna conexión con la familia**

  *Se enfoca únicamente en la persona que usa sustancias; la familia es contactada sólo por razones prácticas o legales; podría involucrar conversaciones informales pero planificadas con la familia para obtener cierta información.*

6.59

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

- **Nivel 2: Se proporciona psicoeducación y orientación.**
  *El centro de atención es la persona que usa sustancias, pero además la persona y la familia participan de forma colaborativa; este nivel proporciona psicoeducación y orientación a los miembros de la familia.*
- **Nivel 3: Aborda los sentimientos de la familia y proporciona apoyo.**
  *Se proporciona algo más que información y consejos, ya que el nivel 3 opera a un nivel más profundo con las familias para abordar los sentimientos, las preocupaciones y la forma en que la familia maneja los problemas; se examinan los patrones familiares en el contexto de la satisfacción de las necesidades; a menudo se hacen derivaciones a apoyo especializado.*

6.60

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

- **Nivel 4: Evaluación y planificación sistemática de la intervención.**

  *En este nivel se trabaja con la familia desde una perspectiva sistémica. La familia participa en las reuniones; se evalúa el nivel de funcionamiento familiar; se abordan los problemas, se generan alternativas para apoyar la recuperación mutua; si está indicado, la familia puede ser derivada a servicios especializados..*

- **Nivel 5: Terapia familiar.**

  *En este nivel se ofrece terapia familiar; los/las terapeutas deben tener formación especializada en técnicas de terapia familiar y estar supervisados clínicamente; en este nivel, la familia es la persona en tratamiento y las metas del tratamiento podrían o no centrarse en los problemas del uso de sustancias.*

6.61

## Ejercicio en grupos pequeños: Intervenciones en la familia

Discusión en grupos pequeños: Nivel de apego del/de la terapeuta. Formen grupos pequeños basándose en donde están sentados(as).

- Cada participante puede compartir con los miembros del grupo sobre:
- El nivel de conexión con el que él o ella funciona para manejar los problemas familiares en el centro de tratamiento donde trabaja.
- El nivel de conexión con las familias que le gustaría establecer en el tratamiento para mejorar la calidad de la atención de las personas afectadas por TUS.

6.62

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

### Intervenciones de Consejería de Ayuda Mutua

- Los/las terapeutas deben estar familiarizados con los programas de autoayuda y de ayuda mutua de sus zonas para poder:
  - Orientar a las personas sobre lo que está disponible.
  - Alentar a las personas a probar con diferentes programas.
  - Ayudar a las personas a seleccionar un programa de apoyo útil.
  - Favorecer la formación de grupos cuando no estén disponibles.

6.63

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

### Intervenciones de Vinculación con Servicios de Apoyo Social

Las intervenciones están dirigidas a facilitar el acceso a los servicios de apoyo socio-sanitario, entre ellos:

- Atención de la salud general
- Apoyo y orientación profesional
- Educacional
- Vocacional
- Financiera
- Vivienda
- Legal
- Cuidado infantil
- Atención de VIH/SIDA

6.64

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

### Intervenciones de Vinculación con Servicios de Apoyo Social

- Identificar los recursos comunitarios para responder a las necesidades específicas de las personas usuarias
- La vinculación y coordinación de servicios garantiza una transición adecuada a otros programas o niveles de atención.

6.65

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones de Farmacoterapia**

- Asistir en la abstinencia aguda o disminución progresiva.
- Desalentar el uso de una sustancia reduciendo sus propiedades de reforzamiento o creando efectos negativos cuando se usa la sustancia.
- Tratar los trastornos co-ocurrentes.
- Ayudar a la recuperación temprana reduciendo los cravings o deseos intensos, o contrarrestando los síntomas a largo plazo de la abstinencia.
- Apoyar el mantenimiento de la recuperación.

6.66

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones de Farmacoterapia**

Normalmente se utiliza *junto con* la consejería y otros servicios de tratamiento, no en lugar de ellos.

6.67

## Implementación del Plan de Tratamiento Individualizado: Intervenciones (Cont.)

**Intervenciones de Pruebas para la Detección de Sustancias**

- Para verificar, contradecir o añadir información adicional al autoinforme de la persona sobre el uso de sustancias.
- Para identificar un regreso al uso de sustancias.
- Para ayudar a evaluar la eficacia del plan de tratamiento y del nivel actual de atención.
- Para promover la abstinencia

6.68

## Ejercicio en grupos pequeños: Plan de Tratamiento Individualizado

- En Grupos Pequeños: Deberán escoger un caso clínico a partir de su propia experiencia como terapeutas, identificando las necesidades de tratamiento y los recursos.
- Deberán discutir cómo incorporar al menos 4 de las intervenciones analizadas en un plan de tratamiento individualizado.

6.69

## Ejercicio en grupos pequeños: Plan de Tratamiento Individualizado (Cont.)

El plan deberá considerar:

- Área de intervención.
- Objetivos (resultados esperados).
- Intervenciones.
- Plazos.
- Identificar al/a la profesional responsable para cada intervención.

Deberán presentar cada uno de los planes al grupo completo.

6.70

## El Alta

Existen diferentes tipos de alta de un programa de tratamiento:

- Cuando la persona completa su plan de tratamiento (también se le llama alta terapéutica o alta clínica).
- Cuando la persona abandona el tratamiento antes de completar su plan de tratamiento.
- Otras razones (encarcelamiento, muerte, otras)

6.71

## El Postratamiento

- McKay (2009) define el postratamiento (aftercare) como la etapa del tratamiento que sigue a un episodio inicial de cuidados más intensivos, generalmente un tratamiento en modalidad residencial o ambulatoria intensiva.
- También se le conoce con el nombre de “manejo o administración de la recuperación”.

McKay, J. (2009) Continuing Care Research: What We've Learned and Where We're Going. Journal of Substance Abuse Treatment, Vol. 36, N° 2, 131-145

6.72

## El Postratamiento (Cont.)

- Se enfoca en reducir el riesgo a recaer en el uso de sustancias apoyando integralmente el funcionamiento social, el bienestar y la reintegración en la comunidad y en la sociedad. De acuerdo con la perspectiva del curso de la vida, el manejo de la recuperación o el postratamiento ayuda a mejorar la salud y el bienestar, a la vez que estabiliza y fortalece la recuperación.

6.73

## El Postratamiento (Cont.)

- El tratamiento orientado a la recuperación y el postratamiento constituyen un enfoque del manejo a largo plazo de las personas dentro de la red de recursos y servicios de apoyo basados en la comunidad.
- Tras el tratamiento de los trastornos por uso de drogas, la mayoría de las personas requiere algún grado de manejo de la recuperación de largo plazo, cuya intensidad es reflejo de sus necesidades individuales.
- Las personas debieran tener acceso de por vida a intervenciones médicas y psicosociales.

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, International standards for the treatment of drug use disorders

6.74

## El Postratamiento (Cont.)

- Para proporcionar un manejo de la recuperación efectivo, es necesario involucrar a todo el sistema, integrando todas las modalidades de tratamiento y haciendo participar a las partes interesadas externas al sector salud. Las múltiples partes intervinientes de las comunidades desempeñan un papel y deben estar involucradas en el proceso de recuperación.

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, International standards for the treatment of drug use disorders

6.75

## El Postratamiento (Cont.)

- La meta principal del postratamiento o manejo de la recuperación es mantener los beneficios obtenidos en otras modalidades de tratamiento proporcionando un apoyo continuo e individualizado a las necesidades de la persona.

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, International standards for the treatment of drug use disorders

6.76

## El Postratamiento (Cont.)

**Metas**

- Mantener la abstinencia.
- Desarrollar apoyos continuos a la recuperación.
- Lograr una vida en la comunidad.
- Lograr habilidades de empleabilidad.
- Obtener educación.
- Obtener empleo o ingreso a estudios.

6.77

## El Postratamiento (Cont.)

**Metas (Cont.)**

- Obtener consejería para los trastornos mentales co-ocurrentes.
- Desarrollar una comprensión más profunda de sí mismo(a) y de los demás.
- Aumentar la responsabilidad.
- Trabajar para resolver dificultades familiares.
- Consolidar, reforzar y sentirse a gusto con los cambios de vida.
- Integrarse en la comunidad con un rol trascendente.

6.78

## El Postratamiento (Cont.)

Principios del postratamiento / manejo de la recuperación

1. Enfocarse en aumentar las fortalezas en lugar de disminuir los déficits.
2. Programas flexibles en lugar de programas rígidos.
3. Consideración por la autonomía de las personas.
4. Participación comunitaria.

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, International standards for the treatment of drug use disorders.

6.79

## El Postratamiento (Cont.)

El manejo de la recuperación considera:

- Consejería grupal.
- Consejería Individual.
- Visitas domiciliarias periódicas.
- Consejería vía comunicación telefónica.
- Listados de verificación breves.
- Asistencia a grupos de ayuda mutua.
- Mantenimiento con Metadona.

6.80

## El Postratamiento (Cont.)

- El manejo de la recuperación implica: reuniones periódicas de control o seguimiento (chequeos) o llamadas telefónicas realizadas por una terapeuta especialista en el tratamiento de drogas, un psicólogo(a), otro(a) profesional, un(a) profesional médico o un(a) enfermero(a) de la atención primaria.
- Los chequeos pueden ayudar a mantener la recuperación y evitar recaídas.

6.81

## El Postratamiento (Cont.)

Programas de Ayuda Mutua

- Los programas de ayuda mutua son alternativos o complementarios a la consejería profesional.
- Los/las participantes en los grupos de ayuda mutua se apoyan y animan entre sí para permanecer o volverse una persona libre de drogas.
- Los programas de los 12 Pasos son probablemente los más conocidos de los programas de ayuda mutua.
- El requisito de afiliación consiste sólo en el deseo de dejar de beber o de usar drogas.

6.82

## El Postratamiento (Cont.)

Primeros Grupos de Ayuda Mutua:

- Alcohólicos Anónimos (AA): 1930
- Narcóticos Anónimos (NA): 1950

6.83

## El Postratamiento (Cont.)

Tipos de Reuniones de AA y de NA

- Pueden ser abiertas o cerradas al público.
- Reuniones de debate — un(a) líder comparte un tema.
- Reuniones con orador(a) — un(a) orador(a) comparte su historia.
- Reuniones de estudio de los 12 pasos — para discutir un paso en particular.

6.84

## El Postratamiento (Cont.)

**Investigación sobre los Programas de los 12 Pasos**

- La participación en grupos de los 12 Pasos y en grupos de ayuda mutua/autoayuda se ha asociado a resultados positivos de largo plazo.
- Las dificultades para realizar investigaciones se relacionan con:
  - La confidencialidad.
  - El carácter voluntario dificulta el desarrollo de estudios controlados.

6.85

## El Postratamiento (Cont.)

**Los Programas de los 12 Pasos no son para Todos(as)**

- Algunas personas no se sienten cómodas con los aspectos espirituales de los programas.
- Las personas que tienen dificultades en situaciones sociales y grupales podrían no ser capaces de utilizar eficazmente un programa de recuperación en grupo.

6.86

## El Postratamiento (Cont.)

**Otros Programas de Ayuda Mutua de 12 Pasos**

- Marihuana Anónimos
- Cocaína Anónimos
- Nicotina Anónimos
- Nar-Anon (para todos los miembros de la familia)
- Al-Anon (para miembros de la familia y amigos adultos o adolescentes mayores)
- Al-Ateen (para niños y niñas mayores y jóvenes adolescentes)
- Al-Atot (para niños y niñas pequeños)

6.87

## Ejercicio en grupos pequeños: Atención Continua, Asignación de Estudio de Caso

- Lean el estudio de caso que se les asignó.
- Deberán desarrollar una presentación que ilustre la trayectoria de la persona a través de un continuo de atención apropiado.
- Utilicen el estudio de caso asignado como punto de partida, y luego añadan información sobre el desplazamiento de la persona a través del continuo (según sea necesario).

6.88

## El Manejo de Casos

6.89

## El Manejo de Casos

- Los gestores(as) de casos ayudan a reunir las piezas del rompecabezas para las personas usuarias.

6.90

## El Manejo de Casos

- Monitorean las transiciones de las personas entre los niveles de atención para garantizar que no haya brechas en el servicio.
- Coordinan el rango de servicios requeridos por las personas.
- Sirven como punto único de contacto para cada persona usuaria para encontrar y movilizar los recursos necesarios.

6.91

## El Manejo de Casos: Funciones

- Evaluación.
- Planificación de los servicios.
- Vinculación y Derivación.
- Monitoreo.
- Defensoría.

6.92

## El Manejo de Casos: Funciones

Evaluación y Planificación de los Servicios

- La evaluación y planificación de los servicios está estrechamente relacionada con la evaluación integral inicial y el plan de tratamiento previamente mencionados.
- Un plan de manejo de casos puede incorporarse al plan de tratamiento general de la persona usuaria o puede realizarse como un proceso independiente.

6.93

## El Manejo de Casos: Funciones

Vinculación y Derivación

- La vinculación y derivación es fundamental debido a que no existe un programa único que pueda satisfacer todas las necesidades de una persona.
- El manejo de casos *inter-programas* conecta los programas entre sí para proporcionar más servicios a las personas.

6.94

## El Manejo de Casos: Funciones

Funciones de Monitoreo

- Un gestor(a) de casos:
  - Asegura que la persona usuaria participe en los servicios y monitorea sus avances.
  - Identifica los obstáculos y trabaja junto a la persona usuaria y las fuentes de derivación para superarlos.
  - Coordina la comunicación con el equipo multidisciplinario.

6.95

## El Manejo de Casos: Funciones

Defensoría

- Promueve los mejores intereses de las personas usuarias.
- Se comunica con los otros sistemas.
- Se pronuncia en nombre de las personas usuarias.

6.96

## Ejercicio en grupo grande: Preguntas relacionadas con Ejercer Defensoría

- ¿Cómo han incorporado el ejercicio de la defensoría al trabajo que realizan con las personas que les corresponde atender?
- ¿De qué formas el concepto de ejercer defensoría se aplica o no se aplica al contexto de sus comunidades?
- ¿Qué dificultades han enfrentado al momento de ejercer defensoría por las personas que atienden?

6.97

## Ejercicio en grupos pequeños: Componentes del Manejo de Casos

- Deberán resumir los elementos claves de su componente del manejo de casos.
- Escribir estos elementos claves en una hoja de papelógrafo que se utilizará para una presentación de 2 minutos
- Escribir estos elementos claves en un papel blanco para publicarlo en la pared bajo el gráfico titulado el “Continuo de la Atención”.

6.98

## Fin del Día

6.99

## *Página de Apoyo 6.1:*
*Instrumentos de Detección*

| Instrumento | Población | Descripción | Acceso/Más Información |
|---|---|---|---|
| Test de Identificación de Trastornos por Uso de Alcohol (Alcohol Use Disorders Identification Test - AUDIT) | Adultos, adolescentes | Un instrumento de detección de diez ítems, desarrollado por la OMS para identificar personas cuyo consumo de alcohol se ha vuelto riesgoso o perjudicial para su salud. Disponible en inglés, español y esloveno. | http://www.who.int/substance_abuse/activities/sbi/en/index.html<br>AUDIT: The Alcohol Use Disorders Identification Test Guidelines for Use in Primary Care, Second Edition<br>http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_MSD_MSB_01.6a.pdf |
| AUDIT-C | Adultos | Las 3 primeras preguntas del AUDIT se enfocan en el consumo de alcohol. | http://www.hepatitis.va.gov/vahep?page=prtop03-audit_c#S1X |
| Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST) | Adultos, adolescentes | Una herramienta de detección de 8 ítems desarrollada para la OMS por un grupo internacional de investigadores en el uso de sustancias para detectar y manejar el uso de sustancias y problemas asociados en establecimientos de atención médica general y primaria. Incluye una tarjeta de evaluación con la retroalimentación de la persona. Disponible en chino, inglés, farsi, francés, alemán, hindi, portugués y español. | http://www.who.int/substance_abuse/activities/assist/en/<br>The Alcohol, Smoking And Substance<br>Involvement Screening Test (ASSIST): Guidelines for Use in Primary Care (draft) http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/Draft_The_ ASSIST_Guidelines.pdf |
| Cuestionario CAGE | Adultos, adolescentes | Un cuestionario de 4 ítems sin preguntas confrontacionales para detectar problemas con el alcohol. Las preguntas suelen estar formuladas en el pasado "¿ha tenido alguna vez?", pero también podrían centrarse en problemas actuales con el alcohol. | Inglés: http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/inscage.htm<br>Español: http://www.ensuringsolutions.org/moreresources/moreresources_show.htm?doc_id=503307 |

| Instrumento | Población | Descripción | Acceso/Más Información |
|---|---|---|---|
| CRAFFT [Acrónimo de Car (Auto), Relax (Relajación), Alone (Soledad), Forget (Olvido), Family or Friends (Familia o Amistades), Trouble (Problemas)] | Adolescentes | Instrumento de detección de 6 ítems. La prueba cubre alcohol, drogas y situaciones que son relevantes para los/las adolescentes. | http://www.projectcork.org/clinical_tools/pdf/CRAFFT.pdf |
| Cuestionario para la Detección del Abuso de Drogas (Drug Abuse Screening Test - DAST) | Adultos | Una adaptación de 28 y 20 ítems del Michigan Alcohol Screening Test (MAST) para detectar consecuencias relacionadas con el abuso de drogas sin ser específico sobre la droga, evitando así la necesidad de utilizar diferentes instrumentos específicos para cada droga. | Instrumento de 28 ítems: http://www.projectcork.org/clinical_tools/html/DAST.html Instrumento de 20 ítems: http://adai.washington.edu/ instruments/pdf/ Drug_Abuse_Screening_Test_106.pdf |
| DAST-a | Adolescentes | DAST de 28 ítems para adolescentes. | http://www.dbhds.virginia.gov/documents/scrn-adol-DAST-AInstrument.Pdf |
| Michigan Alcohol Screening Test (MAST) | Adultos, adolescentes, adultos mayores | Un instrumento de 22 ítems que proporciona una medición general de la gravedad de los problemas de alcohol a lo largo de la vida, que puede utilizarse para escoger la intensidad del tratamiento y orientar la investigación de los problemas relacionados con el alcohol. Existe una versión de 13 ítems (MAST corto) y una versión geriátrica (MAST–G). | MAST original: http://www.ncadd-sfv.org/downloads/mast_test.pdf MAST corto, de 13 ítems: http://www.projectcork.org/clinical_tools/html/ShortMAST.html MAST-G: http://www.ssc.wisc.edu/wlsresearch/pilot/P01-R01_info/aging_mind/Aging_AppB5_MAST-G.pdf |
| NIDAMED (Prueba Modificada de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (NMASSIST). | Adultos | Una herramienta de detección de 1 a 7 preguntas, adaptada del ASSIST de la OMS por el Instituto Nacional contra el Abuso de Drogas de los EE.UU. | http://www.drugabuse.gov/nidamed/quickref/screening_qr.pdf |

| Instrumento | Población | Descripción | Acceso/Más Información |
|---|---|---|---|
| Instrumento de Detección Orientado a Problemas para Adolescentes (Problem–Oriented Screening Instrument for Teenagers – POSIT) | Adolescentes | Un cuestionario de 139 ítems para identificar los problemas que requieren una evaluación en profundidad y la necesidad potencial de servicio en 10 áreas funcionales, incluyendo el uso/abuso de sustancias, la salud mental y física, las relaciones con la familia y los pares, la vocación y la educación especial. | http://adai.washington.edu/instruments/pdf/Problem_Oriented_Screening_Instrument_for_Teenagers_188.pdf<br>Power Train, Inc. ha desarrollado una versión informatizada de POSIT: http://positpc.com |
| Tolerancia, Preocupación, Abridor de Ojos, Amnesia, Reducir — (Tolerance, Worried, Eye openers, Amnesia, [K] Cut down — TWEAK) | Adultos, mujeres embarazadas | Una escala de 5 ítems desarrollada originalmente para detectar el consumo peligroso de alcohol durante el embarazo. Estos ítems no son específicos a un género. | http://adai.washington.edu/instruments/pdf/TWEAK_252.pdf |

## *Página de Apoyo 6.2:*
### *Beneficios de la Consejería Grupal en el Tratamiento de TUS*

- Los grupos proporcionan apoyo positivo de los pares y presión para abstenerse de usar sustancias de abuso.
- Los grupos disminuyen los sentimientos de marginación que experimentan la mayoría de las personas que sufren trastornos por uso de sustancias.
- Los grupos hacen posible que las personas que abusan de sustancias sean testigo de la recuperación de otras personas.
- Los grupos ayudan a sus miembros a aprender a afrontar su abuso de sustancias y otros problemas, permitiéndoles ver cómo otros enfrentan problemas similares.
- Los grupos pueden proporcionar información útil a las personas usuarias que son nuevas en la recuperación.
- Los grupos brindan retroalimentación respecto a los valores y capacidades de los demás miembros del grupo.
- Los grupos ofrecen experiencias similares a las de una familia.
- Los grupos estimulan, enseñan, apoyan, y sirven de refuerzo conforme los miembros enfrentan tareas difíciles o que provocan ansiedad.
- Los grupos ofrecen a sus miembros la oportunidad de aprender o de reaprender las habilidades sociales que requieren para lidiar con la vida diaria, en lugar de recurrir al abuso de sustancias.
- Los grupos pueden confrontar de manera efectiva a miembros individuales sobre el abuso de sustancias y otros comportamientos perjudiciales.
- Los grupos permiten que un único profesional de tratamiento ayude a varias personas al mismo tiempo.
- Los grupos agregan la estructura y disciplina requeridas en las vidas de las personas con TUS, quienes a menudo ingresan a tratamiento con sus vidas en caos.
- Los grupos inspiran esperanza y una sensación de “si esa persona lo logró, yo también puedo hacerlo”.
- Los grupos ayudan a las personas a identificar recursos comunitarios y obstáculos para la recuperación.
- Los grupos alientan a los individuos a evaluar y aprovechar su capital de recuperación.

## *Página de Apoyo 6.3:*
*Los Grupos de Psicoeducación*

## *Visión General*

- Estos grupos brindan un ambiente de apoyo en el que las personas aprenden sobre la dependencia de sustancias y sus consecuencias.
- Los grupos de psicoeducación presentan un ambiente relajado en lugar de un ambiente de emocionalidad intensa.
- Los componentes didácticos suelen complementarse con videos o diapositivas para abarcar los diferentes estilos de aprendizaje.
- Los grupos de psicoeducación se enfocan en los trastornos por uso de sustancias pero también podrían incluir educación sobre trastornos mentales y trastornos médicos co-ocurrentes comunes.
- Los grupos de psicoeducación podrían ser solamente para personas en tratamiento, para personas en tratamiento y sus familias, o enfocarse únicamente en los miembros de la familia.
- Los grupos de psicoeducación comienzan al inicio del tratamiento. Los temas van cambiando conforme al tiempo que lleva /la persona en tratamiento.

## *Secuencia típica de temas abordados en los Grupos de Psicoeducación*

### *Recuperación Temprana*

- Adquirir conocimientos sobre las enfermedades biopsicosociales y los procesos de recuperación;
- Comprender los efectos de drogas específicas en el cerebro y en el cuerpo;
- Poner los síntomas de los trastornos por uso de sustancias en el contexto de otros problemas de salud conductual;
- Conocer los síntomas de la abstinencia temprana y prolongada de determinadas drogas;
- Conocer las etapas de la recuperación y el lugar de las personas usuarias en el continuo de la atención;
- Aprender estrategias para dejar el uso de sustancias y encontrar la motivación para abandonar el uso;
- Minimizar los riesgos de VIH/SIDA, Hepatitis C, y enfermedades de transmisión sexual;
- Identificar situaciones de alto riesgo que son precursoras o desencadenantes del uso de sustancias: personas, lugares y cosas;
- Identificar las presiones de los pares y el comportamiento sexual compulsivo como factores desencadenantes;
- Comprender los *cravings* o deseos intensos y los impulsos; aprender a eliminar los pensamientos sobre el uso de sustancias y afrontar los *cravings* o deseos intensos;
- Estructurar el tiempo personal;

- Afrontar situaciones de alto riesgo;
- Comprender la abstinencia y el uso de medicamentos prescritos y de venta libre;
- Entender las metas y prácticas de los diversos grupos de 12 Pasos u otros de ayuda mutua;
- Identificar y utilizar redes de apoyo positivas; y
- Comprender el proceso de recaída y las señales comunes de advertencia.

### *Mantenimiento y Atención Continua*

- Identificar herramientas para evitar recaídas;
- Elaborar planes personales para recaídas;
- Contrarrestar la euforia y el deseo de poner a prueba el control;
- Mejorar las habilidades para afrontar y manejar el estrés;
- Aprender técnicas del manejo de la ira y de relajación;
- Mejorar la autoeficacia para manejar situaciones de riesgo;
- Responder de manera segura a las recaídas y evitar su escalada;
- Encontrar recursos para la recuperación;
- Estructurar el tiempo de ocio y encontrar actividades recreativas;
- Conocer la importancia de la salud personal: dieta, ejercicio, higiene y chequeos;
- Realizar un inventario personal;
- Manejar la vergüenza, la culpa, la depresión y la ansiedad;
- Entender las dinámicas familiares: comportamientos habilitadores y de sabotaje;
- Reconstruir relaciones personales;
- Entender la disfunción sexual y el comportamiento sexual saludable;
- Desarrollar habilidades educacionales y vocacionales;
- Aprender habilidades para la vida cotidiana: administración del dinero, vivienda y asistencia legal;
- Adoptar la espiritualidad y la recuperación y encontrarle sentido a la vida;
- Reconocer el dolor y la pérdida y su relación con el uso de sustancias;
- Aprender sobre la crianza: necesidades básicas de los niños(as), sus fases y tareas de desarrollo; y
- Mantener un equilibrio en la vida.

# *Página de Apoyo 6.4:*
## *Tipos de Grupos de Tratamiento*

### *Grupos de Participación en el Tratamiento*

Los grupos de participación en el tratamiento se enfocan en:

- Comprender la motivación y el compromiso con el tratamiento;
- Contrarrestar la ambivalencia y la negación;
- Determinar la gravedad del problema de uso de sustancias;
- Facilitar la auto-evaluación, establecer metas, y auto-monitorear el progreso;
- Superar las barreras comunes para recibir tratamiento (transporte, tiempo, cuidados infantiles); y
- Conocer las metas, expectativas y reglas del tratamiento.

### *Grupos de Prevención de Recaídas*

Los grupos de prevención de recaídas se enfocan en ayudar a las personas usuarias a:

- Entender los *cravings* o deseos intensos y los impulsos;
- Aprender estrategias específicas para afrontar los *cravings* o deseos intensos;
- Estructurar el tiempo personal;
- Comprender la abstinencia y el uso de medicamentos prescritos y de venta libre;
- Identificar temas personales que podrían interferir con la recuperación;
- Identificar, desarrollar y utilizar redes sociales de apoyo positivo;
- Analizar los desencadenantes personales y las situaciones de alto riesgo de cada miembro del grupo para el uso de sustancias, así como determinar formas de manejarlos o evitarlos; y
- Aprender habilidades de rechazo a las sustancias representando escenarios donde se invita a consumirlas y practicar las respuestas adecuadas.

### *Grupos de Desarrollo de Habilidades.*

- Estos grupos ofrecen a las personas la oportunidad de practicar determinados comportamientos en la seguridad del entorno de tratamiento.
- Los tipos comunes de aprendizaje de habilidades incluyen:
  - *Entrenamiento en Asertividad.* Los miembros del grupo aprenden las diferencias entre comportamientos asertivos, agresivos y pasivos, y practican su asertividad en diferentes situaciones.
  - *Manejo del estrés.* Los miembros del grupo identifican situaciones que causan estrés y aprenden una variedad de técnicas para responder a él.
  - *Resolución de problemas.* Los miembros del grupo aprenden estrategias y pasos específicos para resolver problemas.

- *Capacitación en habilidades para la vida*. Estos grupos pueden incluir aprendizaje y prácticas de habilidades para la empleabilidad; actividades recreativas; habilidades sociales, comunicacionales; habilidades para establecer metas, para el manejo de la ira, para la administración del tiempo y del dinero.

### ***Grupos de Apoyo*** *(por ejemplo, grupos de recuperación orientados a procesos)*

- Estos grupos incluyen personas en la misma etapa de recuperación — normalmente en una etapa media o final del tratamiento — que se encuentran trabajando en problemas similares.
- Los miembros se centran en los problemas inmediatos y en:
  - Formas prácticas de cambiar pensamientos, emociones y comportamientos negativos;
  - Aprender e intentar nuevas formas de relacionarse con los demás;
  - Tolerar o resolver conflictos sin recurrir a la violencia o al uso de sustancias; y
  - Analizar cómo las acciones de sus miembros afectan a los demás y al funcionamiento del grupo.
  - Los grupos de apoyo pueden ser liderados por terapeutas o por pares.

### ***Grupos de Intereses Especiales***

- Estos grupos — normalmente constituidos en las etapas finales del tratamiento — se enfocan en temas de particular interés e importancia para los miembros del grupo.
- Los grupos de intereses especiales se enfocan en:
  - *Problemas de las mujeres o de los hombres;*
  - *Orientación sexual;*
  - *VIH/SIDA;*
  - *Antecedentes criminales/reinserción en la comunidad;*
  - *Trastornos co-ocurrentes mentales o físicos; y*
  - *Abuso* sexual y físico.

### ***Grupos de Familias***

- Los grupos de familias pueden incluir múltiples familias y una combinación de cónyuges, padres e hijos(as) mayores.
- Se enfocan en proporcionar un ambiente de apoyo para que las familias interactúen y discutan preocupaciones y problemas en común.
- Los grupos de familias también pueden ser psicoeducativos, enfocándose en educar a los miembros de la familia sobre las adicciones, sus consecuencias individuales y para la familia, la recuperación y las recaídas.
- Los grupos de parejas se enfocan en la interacción entre las dinámicas de pareja y los problemas de la recuperación.
- Los grupos de familias de los programas de tratamiento se centran en los problemas de la adicción y normalmente no constituyen “terapia familiar”, que debe ser llevada a cabo por terapeutas familiares capacitados y que se enfoca en cuestiones y problemas familiares graves y de larga duración.
- Una excepción serían los grupos de familias de ciertos modelos de tratamiento de la familia para adolescentes. Analizaremos estos modelos en el Módulo 7.

## *Página de Apoyo 6.5:*
### *Los 12 Pasos de Narcóticos Anónimos*

1. Admitimos que no teníamos poder sobre nuestra adicción, que nuestras vidas se habían vuelto inmanejables.
2. Llegamos a creer que un Poder superior a nosotros(as) nos devolvió la sanidad.
3. Tomamos la decisión de entregar nuestra voluntad y nuestra vida al cuidado de Dios tal y como lo entendemos.
4. Realizamos una búsqueda y un inventario moral sin temor a nosotros(as) mismos(as).
5. Admitimos frente a Dios, frente a nosotros(as) mismos(as), y frente a otros seres humanos, la naturaleza exacta de nuestros errores.
6. Estábamos totalmente dispuestos(as) a que Dios eliminara todos estos defectos de carácter.
7. Humildemente le pedimos a Dios que eliminara nuestras deficiencias.
8. Hicimos una lista de todas las personas que habíamos lastimado y expresamos nuestra voluntad de compensar a cada uno(a).
9. Compensamos directamente a esas personas cuando fue posible, excepto cuando hacerlo podría perjudicarlos(as) a ellos/ellas o a otras personas.
10. Continuamos haciendo un balance personal y cuando nos equivocamos lo admitimos de inmediato.
11. Buscamos, a través de la oración y la meditación, mejorar nuestro contacto consciente con Dios, tal y como lo entendemos a Él, orando únicamente por conocer Su voluntad hacia nosotros y el poder para llevarla a cabo.
12. Habiendo tenido un despertar espiritual como resultado de estos pasos, tratamos de llevar este mensaje a las personas que sufren adicción, y de practicar estos principios en todos nuestros asuntos.

Reimpreso con el permiso de NA World Services, Inc. Todos los derechos reservados. Los Doce Pasos de NA reimpresos para su adaptación con el permiso de AA World Services, Inc.

## *Página de Apoyo 6.6:*
### *Estudio de Caso — Gabriel*

- Gabriel tiene 22 años y es soltero. No tiene empleo ni estudia.
- Vive con sus padres y dos hermanos mayores. Su padre trabaja en una empresa privada y pasa mucho tiempo viajando. Su madre es ama de casa. Sus dos hermanos se graduaron de la secundaria y están trabajando. Gabriel es cercano al mayor de sus hermanos pero no se lleva muy bien con su madre. Respeta mucho a su padre.
- A los 16 empezó a fumar tabaco y cannabis con sus compañeros de colegio y a beber socialmente en bares durante los fines de semana.
- En los últimos 6 meses, comenzó a inyectarse heroína por vía intravenosa. Su salud se ha deteriorado.
- Hace 6 meses, Gabriel empezó a asistir a la universidad, pero faltó a muchas clases; cuando efectivamente asistía a clases, se dormía en ellas. Sus trabajos eran desprolijos o incompletos. Se le dieron varias advertencias pero no cambió su comportamiento. Sus padres intentaron intervenir, pero finalmente fue suspendido de la universidad.
- El mayor de sus hermanos ha sido un facilitador, encubriendo el uso de drogas de Gabriel: ha pagado algunas pequeñas deudas de Gabriel, no le ha informado a sus padres de las consecuencias del uso de drogas de Gabriel, y ha mentido a sus padres sobre el paradero de su hermano.
- Gabriel no le habla a su otro hermano. Este hermano está al tanto del uso de drogas de Gabriel y de los problemas resultantes. Se ha dado cuenta de que Gabriel necesita tratamiento y ha intentado motivarlo para que busque ayuda.
- Gabriel tiene cambios de humor; siente mucha ansiedad y tiene problemas para dormir.
- Su novia por dos años rompió con él hace un mes debido a su uso de drogas, y en ese momento Gabriel permitió que su hermano lo llevara a un programa de tratamiento ambulatorio.
- Ha estado asistiendo a sesiones de grupo pero no ha podido resistir sus *cravings* o deseos intensos de consumir drogas y continúa usándolas. En los últimos 2 meses, se ha motivado para entrar en un programa de tratamiento hospitalario.

## *Página de Apoyo 6.7:*
### *Estudio de Caso — Julia*

- Julia tiene 25 años y ha sido una trabajadora del sexo desde los 16. Su madre también era una trabajadora del sexo y murió de SIDA hace un año.
- Julia empezó a usar marihuana y a beber alcohol a los 12 años.
- Ha usado una variedad de drogas a lo largo de los años. Cuando tenía 20 años, estuvo 2 años en un centro de rehabilitación pero se quedó en recuperación por 9 meses solamente.
- En ese momento intentó dar un giro a su vida, pero no pudo encontrar un trabajo duradero. Finalmente, volvió al trabajo sexual y pronto estaba usando drogas nuevamente. Dice que el trabajo sexual es difícil sin estar drogada.
- Empezó a inyectarse heroína hace 4 años. Actualmente no tiene hogar pero se queda en casa de amigos cuando puede.
- La muerte de su madre la asustó, pero aún no se hace la prueba del VIH. Se siente indecisa sobre si hacerse la prueba o no. Sabe que se la debería hacer, pero le preocupa que los resultados sean positivos para el VIH.
- "Ha" ocasionalmente acude a un centro de acogida. Le dijo a un(a) trabajador(a) de ese centro que se siente "cansada y vieja" y que quiere abandonar el trabajo sexual.
- Hace poco encontró trabajo en una tienda, pero continúa viendo a antiguos clientes cada cierto tiempo para hacer un dinero adicional.
- Ha intentado dejar de usar heroína por su cuenta, pero no resiste los síntomas de la abstinencia.
- No confía del todo en el personal del centro o en sus voluntarios(as) y se siente desesperanzada.
- Pero aun así continúa acudiendo al centro de acogida.

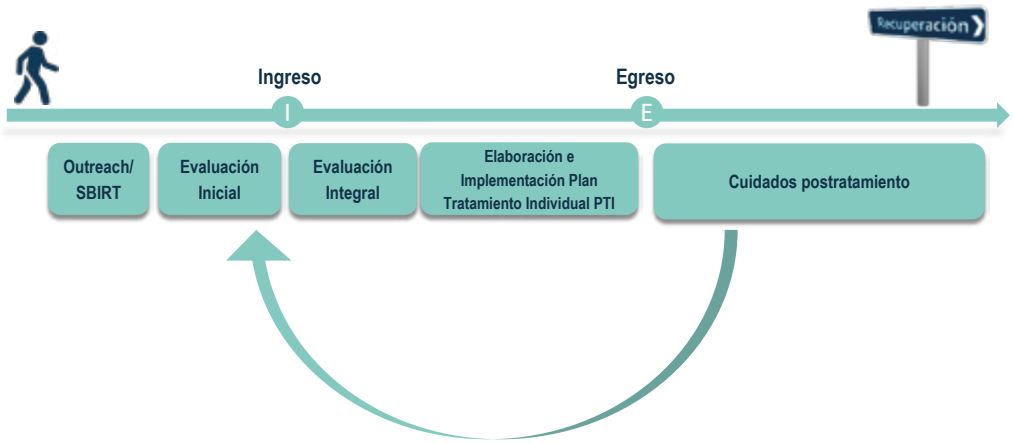
## *Página de Apoyo 6.8:*
### *Estudio de Caso — Rodrigo*

- Rodrigo tiene 39 años y está casado. Ha trabajado como contador en una empresa privada durante los últimos 2 años.
- Vive con su esposa y una hija de 11 años. Su esposa es maestra. Fue un matrimonio por amor y hasta hace un año la relación con su esposa e hija era afectuosa.
- Él y su familia alquilan una casa de una habitación en una comunidad de clase media.
- Hace tres años, durante un período de alto estrés laboral, Rodrigo comenzó a tomar anfetaminas que le dio un amigo para poder lidiar con el aumento de la carga de trabajo.
- Debido a los efectos estimulantes, comenzó a sufrir insomnio crónico (incapacidad de dormir). Su doctor le prescribió un barbitúrico para ayudarle a dormir, y Rodrigo ha continuado usando tanto anfetaminas como barbitúricos, los que ahora compra en las calles.
- En los últimos 4 meses, ha faltado muchos días al trabajo. Como resultado de ello ha recibido una advertencia formal. Se han producido episodios de abuso verbal en casa, debido a que su esposa está muy molesta por su uso de drogas y por el hecho de que esté arriesgando perder su trabajo.
- Su salud se ha deteriorado, y últimamente ha desarrollado hipertensión.
- Su esposa tiene dificultades para llevar la casa sólo con su salario. Pelean constantemente. Su hija le tiene miedo y lo evita.
- Ha pedido prestado dinero de amigos y de prestamistas a altas tasas de interés, lo cual representa una carga para su esposa. Ella ha estado enfrentando mucho abuso por parte de los prestamistas.
- Su esposa está a punto de dejarlo. Esto lo ha motivado a buscar tratamiento residencial. Sin embargo, no está seguro de que su lugar de trabajo le permita regresar cuando complete el tratamiento.
- Comenta que intentó dejar tanto las anfetaminas como los barbitúricos el año pasado. Sufrió una convulsión durante su abstinencia de los barbitúricos, se sintió muy deprimido y consideró suicidarse.

# *Módulo 6 — Componentes del Tratamiento: El Continuo de la Atención, Resumen*

## El Continuo de la Atención

- El continuo de la atención implica que los servicios de tratamiento tienen que trabajar con las personas atendidas en el largo plazo, a menudo durante años y a veces durante toda la vida de la persona, manteniendo contacto, ofreciendo intervenciones en crisis y apoyo cuando sea necesario y en diferentes niveles de intensidad.
- El tratamiento efectivo de los trastornos por uso de drogas requiere un enfoque gradual e integrado.
- La recuperación es la meta final en cada etapa del continuo del tratamiento, en cada etapa del trastorno y en una variedad de entornos: desde los servicios de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach con bajos niveles de exigencia hasta los programas de tratamiento hospitalarios o residenciales intensivos. Las personas usuarias pueden requerir diferentes servicios e intervenciones durante su recuperación, y es importante asegurar la continuidad de los servicios de tratamiento y de atención y del manejo de la recuperación.
- La recuperación es "[...] un proceso continuo y una experiencia a través de la cual los individuos, las familias y las comunidades utilizan recursos internos y externos para abordar los trastornos por uso de sustancias, manejar activamente su continua vulnerabilidad a dichos trastornos y desarrollar una vida saludable, productiva y significativa" (Adaptado de White, 2007).
- Las personas podrían requerir diferentes servicios e intervenciones durante su recuperación, y es importante asegurar la continuidad de los servicios de tratamiento y de atención y del manejo de la recuperación.
- Implica que la atención se proporciona de forma ininterrumpida y coordinada entre los diferentes programas, entornos y/o modalidades.
- Supone comprender que el logro de resultados terapéuticos trasciende los límites de un entorno específico, lo que requiere el tránsito de la persona por una red de atención articulada.



- La trayectoria de atención representa el camino que sigue una persona en su proceso de recuperación; en esta trayectoria participa o accede a diferentes tipos de servicios y/o intervenciones, que pueden ser ofrecidos tanto por una red de entidades como por una entidad única.
- El diagrama identifica un primer momento llamado Extensión de la Atención hacia la Comunidad o Outreach / Detección, Intervención Breve, y Derivación a Tratamiento (SBIRT por sus siglas en inglés), que constituye el primer contacto de la persona con el sistema. Este primer contacto suele incluir una orientación sobre el sistema de tratamiento e información básica para el individuo. También se realiza un proceso de detección para medir el nivel de riesgo de uso de sustancias y se llevan a cabo las primeras intervenciones dirigidas a motivar, comprometer y promover el acceso a intervenciones adecuadas. Estas intervenciones tempranas se llevan a cabo en espacios comunitarios, escuelas, tribunales y centros de atención primaria de salud, entre otros.
- Posteriormente, es importante evaluar la gravedad del consumo, las necesidades de atención de la salud física y mental y la voluntad de cambio de la persona, para determinar el nivel de atención requerido y la derivación al servicio correspondiente. Este proceso se denomina Evaluación Inicial y se realiza en servicios de salud generales, como en centros de tratamiento especializados.
- Una vez definido el nivel de atención que requiere la persona, la admisión al tratamiento debe formalizarse mediante la firma de un Consentimiento Informado, en el que se establecen las características del tratamiento y el acuerdo de la persona usuaria para participar en el tratamiento ofrecido.
- Las primeras intervenciones apuntan a desarrollar una Evaluación Integral, que además de promover el compromiso, busca recoger información sobre las diferentes necesidades y recursos de las personas, en diferentes ámbitos, que permitan desarrollar un plan de intervención integral e individualizado.
- Es posible que una persona reciba la evaluación inicial sin haber aceptado previamente las intervenciones de Outreach / SBIRT, lo que suele ocurrir cuando las personas solicitan directamente la atención por uso de sustancias.
- También es posible que una persona pase directamente desde las intervenciones de SBIRT a una evaluación integral, sin requerir una evaluación inicial.[2]
- La variabilidad se produce por diversas razones, entre ellas, la organización de las redes de servicios, los recursos y la diversidad de servicios disponibles, los tratamientos previos de la persona (conocimiento de la persona en la red de servicios), entre otras.
- El Plan de Tratamiento Individualizado establece los objetivos y las estrategias de intervención que constituirán la base del proceso de recuperación del individuo. Constituye el eje central del tratamiento y puede desarrollarse en diferentes entornos (ambulatorio, residencial).
- Al cumplimiento de los objetivos del Plan de Tratamiento Individualizado le seguirá el alta de la persona y una nueva etapa de atención conocida como Postratamiento, que está diseñada para mantener y consolidar los avances del tratamiento y el logro de una recuperación estable.
- Dado que los trastornos por uso de sustancias son enfermedades crónicas que a menudo se caracterizan por la recaída en el uso, un proceso continuo de atención prevé la potencial necesidad de que las personas vuelvan a recibir atención a lo largo del continuo de la atención una o más veces.

2 Ref.: Models of Care for Treatment of Adult Drug Misusers (NTA, 2002) NTA Business Plan 2005/06 (NTA, 2005) NTA Treatment Effectiveness Strategy Briefing 2005–08 (online at www.nta.nhs.uk) Treating Drug Misuse Problems: Evidence of Effectiveness (NTA, 2006)

Doyle J, Ivanovic J (2010) National Drugs Rehabilitation Framework Document. National Drugs Rehabilitation Implementation Committee. Dublin: Health Services Executive

## Intervención en la Trayectoria de Atención

- A continuación se describen los servicios o intervenciones que forman parte de la trayectoria de un individuo a lo largo del continuo de la atención.
  1. Extensión de la Atención hacia la Comunidad o Outreach / SBIRT.
  2. Evaluación Inicial.
  3. Evaluación Integral.
  4. Desarrollo de un Plan de Tratamiento Individualizado.
  5. Implementación del Plan de Tratamiento.
  6. Postratamiento.
- Estas son algunas estrategias asociadas al contacto temprano y oportuno y al proceso de detección de personas con trastorno por uso de sustancias.
  1. Extensión de la Atención hacia la Comunidad o Outreach;
  2. Entrega de Información;
  3. Detección;
  4. Intervención Breve.

## Estrategias

### 1. El trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach

- El trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach de los programas para TUS incluye iniciativas organizadas para identificar y detectar a las personas que podrían tener un problema de uso de sustancias, en lugar de esperar a que sean derivadas a los programas de tratamiento o a que decidan inscribirse en un programa por sí solas.
- El trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach puede definirse como el esfuerzo que se realiza para crear conexiones de un grupo o programa con otro. También significa ampliar los servicios o la asistencia a personas o grupos no atendidos anteriormente.
- Las principales metas del trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach son:
  - Establecer contacto;
  - Generar confianza;
  - Desarrollar relaciones;
  - Proporcionar vínculos con la atención de salud requerida; e
  - Involucrar a las personas en intervenciones breves o en tratamientos de TUS.
- Las personas con TUS que requieren ayuda a menudo dudan en buscarla debido a su percepción de los servicios de tratamiento de los TUS. Algunas de sus percepciones sobre los programas de tratamiento de los TUS son las siguientes:
  - Son intimidantes;

- Son de difícil acceso;
- Son demasiado rígidos o críticos en su enfoque;
- Se enfocan sólo en la abstinencia: Con objetivos centrados únicamente en la abstinencia, sin considerar que éstos se pueden plantear de forma gradual;
- Son irrelevantes para las necesidades inmediatas de las personas; y
- Son demasiado costosos.

- Las iniciativas del trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach se pueden realizar en una diversidad de formas y en diferentes entornos. Por ejemplo:
  - Un programa de tratamiento puede ofrecer a la comunidad educación sobre los TUS y las opciones de tratamiento en reuniones de líderes empresariales y religiosos de la comunidad o en talleres comunitarios.
  - Un(a) profesional en adicciones puede realizar actividades de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach en los refugios para personas en situación de calle, en clínicas para VIH u otras clínicas médicas, en centros comunitarios, en centros de acogida, etc. El/la profesional podría ser funcionario(a) de un programa de tratamiento local o de un refugio, clínica o centro.
  - Los/las profesionales o los/las pares (personas que se están recuperando de un TUS) pueden ofrecer servicios de educación y/o servicios de detección en escuelas, centros sociales y clínicas.
  - En las calles (autónomo) o a domicilio (en el hogar) o en edificios u organizaciones de la comunidad (peripatético).
- Adicionalmente, las iniciativas del trabajo de extensión de la atención hacia la Comunidad o Outreach pueden ser proporcionadas por una variedad de miembros de personal en otros entornos:
  - Los/las paraprofesionales o personal de asistencia pueden repartir literatura y estar presentes en discotecas y casinos donde se fomenta el uso de sustancias.
  - Los educadores(as) de pares pueden pasar tiempo en lugares que son frecuentados por trabajadores(as) del sexo o por personas que se sabe se inyectan drogas.
  - El personal médico de salas de emergencias, de centros ortopédicos o de consultas de atención primaria puede proporcionar intervenciones breves y/o derivaciones a profesionales de los TUS.
- Aunque estos ejemplos se refieren a entornos específicos, las iniciativas del trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach deben orientarse transversalmente a las personas que usan sustancias y no enfocarse exclusivamente en las poblaciones más evidentes.

## *2. Entrega de Información*

- El trabajo de extensión de la atención hacia la comunidad o Outreach puede realizarse a través de la difusión de información sobre instituciones y servicios. Estas iniciativas pueden incluir:
  - Entrega de folletos con contenido educativo sobre los efectos perjudiciales del uso de sustancias y otros temas clínicos relacionados.
  - Información sobre los servicios proporcionados en un programa de tratamiento. Entrega de la dirección y números telefónicos de los programas de tratamiento.

## 3. Detección

- El proceso de detección consiste en la aplicación de herramientas validadas (pruebas o cuestionarios) para la detección de trastornos por uso de sustancias y el nivel de riesgo que representan.
- Es el proceso de identificación de personas que podrían sufrir TUS. El proceso de detección brinda una oportunidad para iniciar conversaciones con las personas acerca de su uso de sustancias.
- El proceso de detección no identifica exactamente el tipo de problema que puede tener la persona ni su gravedad; simplemente determina si existe un problema y si es necesario realizar una evaluación adicional.
- La diferencia entre la detección y la evaluación es que la detección trata de identificar únicamente si existe un problema y qué seguimiento sería necesario. En cambio, la evaluación trata de identificar con la mayor precisión posible la naturaleza de un TUS y de otros problemas, así como el nivel de intervención que podría requerirse.
- La detección debe realizarse utilizando un instrumento de intervención breve validado (p. ej., un test) para identificar rápidamente el patrón de uso de sustancias de una persona. La validez de un instrumento de detección se demuestra por el grado en que realmente mide lo que dice medir.
- En el pasado, los instrumentos de detección se utilizaban para identificar los casos activos de dependencia de drogas, pero, en años recientes, su utilización se ha ampliado para identificar a las personas en todo el espectro de uso — desde el uso riesgoso de sustancias hasta la adicción.
- La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha desarrollado dos instrumentos de detección que han sido probados y validados con poblaciones internacionales:
  - AUDIT es un instrumento de detección de diez ítems, desarrollado para identificar individuos cuyo consumo de alcohol se ha vuelto riesgoso o dañino para su salud.
  - La Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST), desarrollada por un grupo internacional de investigadores(as) de los TUS para la OMS, sirve para identificar el uso de sustancias y problemas asociados en entornos de atención primaria y atención médica general.
- Se han diseñado muchos otros instrumentos de detección para ser utilizados con adultos(as) y adolescentes. La Página de Apoyo 6.1 proporciona una lista de los instrumentos de detección disponibles. Estos instrumentos no han sido validados para su utilización con todos los grupos etarios o culturales.
- La detección normalmente identifica a las personas que presentan:
  - Riesgo nulo o bajo de un TUS;
  - Riesgo moderado de un TUS; o
  - Riesgo alto de un TUS.
- Las personas con un riesgo nulo o bajo de TUS pueden ser felicitadas y animadas a mantenerse en dicho estado. Si existe una historia de dependencia a las drogas en su familia (madre, padre, tío/a, abuelo/a), se debe proporcionar información sobre los componentes genéticos de la adicción.
- Los que presentan un riesgo moderado podrían requerir sólo una intervención breve, en tanto que los que presentan un riesgo alto deben ser derivados para su evaluación y tratamiento.

### 4. *Intervención Breve*

- La intervención breve se centra en aumentar la percepción y la toma de conciencia de la persona sobre el uso de sustancias y el cambio de comportamiento.
- Se puede proporcionar a través de una sola sesión o de múltiples sesiones de intervenciones motivacionales. Estas intervenciones pueden ser proporcionadas por un(a) terapeuta de TUS o por un(a) terapeuta par. También podría ser proporcionada por personal capacitado de servicios médicos o sociales.

## *Evaluación Inicial*

- En el primer contacto con el sistema, la evaluación inicial identifica información que puede ser utilizada tanto por el/la profesional clínico como por la persona atendida para tomar decisiones importantes sobre el siguiente paso. Esta información también proporciona datos de referencia para determinar el funcionamiento de la persona al ingresar a tratamiento.
- La evaluación inicial identifica la información fundamental para determinar el nivel de atención que requiere la persona.
- La evaluación inicial puede compararse con el concepto de “TRIAGE”, palabra francesa que significa clasificar, seleccionar o escoger. También es el nombre que se le ha asignado al proceso a través del cual se selecciona a las personas en función de su necesidad de tratamiento médico inmediato cuando los recursos disponibles son limitados. Representa una evaluación rápida de las personas y su posición en la lista de espera de atención.
- La evaluación de triage generalmente se lleva a cabo cuando una persona que hace uso indebido de sustancias se pone en contacto por primera vez con los servicios de tratamiento de los trastornos por uso de drogas.
- La meta de la evaluación inicial o de triage es determinar la gravedad y la urgencia de los problemas de la persona usuaria y el tipo de tratamiento más adecuado para él o ella.
- Implica una evaluación más exhaustiva de los problemas de drogas y de alcohol del individuo que la que se realiza en la detección.
- Incluye una evaluación de la motivación de la persona usuaria para participar en el tratamiento, los factores de riesgo actuales y la urgencia de la necesidad de tratamiento.
- Los objetivos de la fase de evaluación inicial incluyen:
  - Realizar un diagnóstico clínico inicial del trastorno por uso de sustancias.
  - Evaluar las principales dimensiones de relevancia clínica.
  - Determinar el nivel de atención que requiere la persona, en función del diagnóstico clínico.
- Las principales dimensiones de relevancia clínica son:
  - El uso de sustancias. Esta dimensión indaga sobre el uso de sustancias: tipo de sustancia, frecuencia e intensidad del uso, problemas asociados, intentos de reducir o abstenerse del consumo de drogas. También se investiga el riesgo de síndrome de privación grave y de sobredosis.
  - Las necesidades de salud física y mental. Esta dimensión indaga sobre las enfermedades físicas crónicas y otros trastornos mentales crónicos o agudos; el riesgo de suicidio, de autoagresión y de

heteroagresión, y la descompensación de las condiciones físicas y/o psiquiátricas. También consulta si la persona otorga su consentimiento para compartir la información que está revelando con quienes podrían participar en su atención para el TUS.

- La preparación para el cambio de comportamiento y motivación para ingresar a tratamiento. Esta dimensión indaga sobre la motivación personal y la voluntad de trabajar en la disminución del uso de sustancias y en el cambio de comportamiento.
- El ambiente de recuperación (apoyo familiar y apoyo social) Esta dimensión indaga sobre el apoyo familiar – incluyendo otros apoyos significativos – al tratamiento y la recuperación. También investiga el uso de drogas en la familia y los esfuerzos realizados por la persona en el pasado para buscar servicios de tratamiento contra las drogas.
- Existen otras categorizaciones para la evaluación inicial, entre las que se encuentran los criterios ADAT.

- Áreas de Evaluación ADAT 2010:
  1. Intoxicación aguda y necesidades de la abstinencia.
  2. Necesidades médicas y psiquiátricas.
  3. Necesidades emocionales y conductuales.
  4. Disponibilidad del tratamiento.
  5. Ambiente de recuperación.
  6. Potencial de recaída.
  7. Obstáculos y recursos[3].
- Una vez que se ha definido el nivel de atención requerido por la persona, el paso siguiente corresponde a la admisión a algún tipo de tratamiento.
  - Tratamiento ambulatorio (de baja o alta intensidad).
  - Tratamiento residencial.
  - Hospitalización (desintoxicación, riesgo de suicidio, otros).
- El consentimiento informado representa un hito en la trayectoria de atención de la persona, ya que establece el elemento formal y esencial que es necesario considerar durante la admisión a un tratamiento estructurado.
- El consentimiento informado se puede explicar de mejor forma como el proceso a través del cual el equipo terapéutico proporciona información suficiente y comprensible a la persona usuaria, permitiéndole así participar voluntaria y activamente en el tratamiento correspondiente.
- Normalmente se formaliza a través de la firma de un documento específico llamado Consentimiento Informado. Es un proceso que habilita a las personas para tomar decisiones informadas acerca de su salud y atención médica.
- El Consentimiento Informado implica:
  - Capacidad de la persona usuaria para tomar una decisión.
  - Explicación de la información requerida para tomar la decisión.

3 http://www.camh.net/Publications/Resources_for_Professionals/ADAT/index.html

- Comprensión de la persona usuaria de la información sobre el tratamiento.
- Decisión voluntaria de la persona de ingresar a tratamiento.

## *Evaluación Integral*

- Una evaluación integral involucra:
  - La recopilación de información para determinar las necesidades y recursos de la persona en relación al tratamiento y la recuperación.
  - Permite aumentar la comprensión de la naturaleza y las causas de la situación particular de un individuo e identificar las posibles rutas para avanzar en la recuperación.
- La Evaluación Integral está dirigida a aquellas personas que requerirán intervenciones estructuradas para el tratamiento del uso de sustancias. Normalmente se lleva a cabo al comienzo del tratamiento y establece una línea base para medir los avances terapéuticos.
- Una evaluación integral:
  - Proporciona una base para la planificación del tratamiento.
  - Prioriza los problemas de la persona usuaria que se abordarán.
  - Identifica las fortalezas de la persona usuaria y algún otro capital de recuperación que pueda apoyar una recuperación sostenida.
  - Funciona como un proceso continuo en lugar de un evento específico.
  - Ofrece oportunidades para la generación de una alianza terapéutica y para promover adherencia al tratamiento.
  - Por último, la evaluación integral puede establecer prioridades para el tratamiento y las intervenciones del manejo de casos.
- Durante una evaluación Integral, el/la terapeuta deberá obtener como mínimo la siguiente información básica:
  - Las razones de la persona usuaria para buscar tratamiento y su opinión sobre el problema;
  - Historial e información actual sobre el uso de sustancias y tratamientos por uso de sustancias;
  - Antecedentes familiares de uso de sustancias;
  - Condiciones o complicaciones médicas;
  - Riesgo de abstinencia y necesidad de desintoxicación supervisada;
  - Evaluación de riesgo de suicidio, de salud y de otras crisis;
  - Estado emocional/conductual/cognitivo, incluyendo la presencia de un trastorno mental;
  - Antecedentes educacionales y vocacionales;
  - Estado legal;
  - Disposición para el cambio;
  - Apoyos naturales de la familia, lugar de trabajo y comunidad;

- Potencial de recaída o de uso continuado de sustancias; y
- Ambiente de recuperación (p. ej., condiciones de vida, obstáculos y apoyos para la recuperación).

- La evaluación integral podría ser llevada a cabo por más de un miembro de un equipo multidisciplinario debido a que se podrían requerir diferentes competencias para evaluar distintas áreas de necesidades de la persona usuaria [p. ej., un(a) profesional clínico necesita evaluar a las personas en tratamiento para prescribir intervenciones que involucran drogas controladas — también podría requerirse la participación de un(a) profesional adicional autorizado(a) para prescribir, o de un psicólogo(a) para llevar a cabo una evaluación psicométrica].
- Se puede utilizar una variedad de métodos para una evaluación:
  - Entrevista clínica;
  - Instrumentos de evaluación;
  - Fuentes colaterales, con la autorización de la persona usuaria (p. ej., familia, amistades, empleadores, personas de referencia);
  - Pruebas de orina u otras pruebas para la detección de sustancias.
  - Otros exámenes de la salud.

## *Intervención en la Trayectoria de Atención – Plan de Tratamiento Individualizado*

- Una evaluación integral es la base para la planificación del tratamiento. El plan de tratamiento es un esquema individualizado de tratamiento y servicios que se basa en las necesidades específicas de la persona usuaria, identificadas en el proceso de evaluación.
- La planificación del tratamiento es una actividad conjunta en la que participan el/la terapeuta, la persona usuaria, otros proveedores(as) de tratamiento, y en ocasiones los miembros de la familia de la persona usuaria.
- En consecuencia, el plan individualizado es único y específico para cada persona. Se debe elaborar con la participación activa de la persona usuaria para definir las metas del tratamiento y cómo se pueden alcanzar.
- El plan de tratamiento individualizado supone un esfuerzo de colaboración entre la persona y el equipo profesional de tratamiento. Una vez elaborado el plan, también debe implementarse colaborativamente, con evaluación y monitoreo continuos del plan, incluyendo mejoras de las metas y actividades del tratamiento.
- El plan de tratamiento debe:
  - Ser individualizado;
  - Ser flexible;
  - Ser realista, con objetivos de comportamiento que sean alcanzables, observables y medibles;
  - Ser simple, de manera que las personas atendidas, sus familias y los miembros del personal puedan entenderlo;
  - Ser útil, con indicadores de avance medibles;
  - Estar enfocado en las soluciones y fortalezas y no en factores negativos;

- Ser claro en identificar el tipo y frecuencia de las intervenciones;
- Ajustarse a los cambios y avances; y
- Tener metas claras y alcanzables.

- Los componentes de un plan de tratamiento individualizado incluyen:
  - Plazo para la evolución del tratamiento.
  - Áreas de intervención: uso de sustancias, condiciones co-ocurrentes, salud mental y emocional; salud física; empleo, vivienda, asuntos legales, educación; apoyo familiar, social, recreativo y comunitario.
  - Metas
  - Objetivos (resultados esperados).
  - Definición de plazos para alcanzar los hitos que marcan los avances.
  - Definición de intervenciones específicas.
- Una guía útil para desarrollar los objetivos del tratamiento es utilizar el enfoque "SMART", cuyo acrónimo representa la naturaleza de las metas como:
  - **S**pecific – Específicas (simples, sensatas, significativas)
  - **M**easurable – Medibles (trascendentes, motivantes)
  - **A**chievable – Alcanzables (acordadas, realizables)
  - **R**elevant – Relevantes (razonables, realistas y con recursos, basadas en resultados)
  - **T**ime-bound – Acotadas en el tiempo (basadas en el tiempo, limitadas por el tiempo, limitadas por los costos, oportunas)
- La implementación de un plan de tratamiento individualizado supone llevar a cabo sistemáticamente una serie de intervenciones para ayudar a la persona usuaria a lograr las metas del plan de tratamiento.
- Debe incluir intervenciones basadas en la evidencia y ser desarrollado por un equipo de tratamiento interdisciplinario.
- El Plan de Tratamiento debe ser monitoreado de forma continua para evaluar su cumplimiento e identificar de forma oportuna las necesidades de modificaciones, reformulaciones y/o actualizaciones.
- Intervenciones:
  1. Consejería Individual.
  2. Consejería grupal.
  3. Intervenciones en la familia / Consejería familiar.
  4. Vinculación a Grupos de Autoayuda.
  5. Vinculación a Servicios de Apoyo Social.
  6. Farmacoterapia.
  7. Pruebas para la detección de sustancias.

## 1. Consejería Individual

- Si bien la consejería individual podría ser la única modalidad apropiada para algunas personas, las sesiones individuales también son beneficiosas para todas las personas usuarias y algunas suelen proporcionarse como parte del tratamiento.
- El enfoque de las sesiones de consejería individual varía dependiendo del tipo de programa, la etapa de recuperación de la persona usuaria y sus necesidades individuales. Sin embargo, en una sesión individual suele haber algún tipo de estructura.
- En una consejería individual un(a) terapeuta puede:
  - Preguntar a la persona usuaria cómo se siente;
  - Preguntar a la persona usuaria sobre sus reacciones respecto a una reunión grupal reciente;
  - Averiguar qué actividades realizó la persona usuaria desde la última sesión;
  - Indagar sobre el uso de drogas;
  - Preguntar si hay temas urgentes que tratar.
- El/la terapeuta también podría:
  - Examinar los planes de tratamiento y las estrategias de afrontamiento; y abordar los temores y ansiedades relacionados con el cambio.
  - Proporcionar retroalimentación personalizada con respecto a resultados de pruebas para la detección de sustancias; y profundizar en temas delicados que son difíciles de discutir en un grupo.
  - Ayudar a las personas usuarias a acceder a los servicios. Los/las terapeutas también utilizan las sesiones individuales para ayudar a las personas usuarias a acceder a los servicios que requieren y que están fuera de las capacidades del programa de tratamiento y a planificar la transición a otro nivel de atención o al alta.
  - Asignar a las personas usuarias tareas individuales. Los/las terapeutas a menudo asignan a las personas usuarias tareas individuales. A las personas en tratamiento se les puede pedir que lean ciertas cosas (o que escuchen cintas de audio), que realicen tareas escritas (o que las graben en cintas de audio) o que intenten nuevos comportamientos.
- Una sesión de consejería suele terminar con un resumen de los planes de la persona usuaria y un programa para los días siguientes. El/la terapeuta y la persona usuaria programan además la siguiente sesión de consejería.

## 2. Consejería grupal

- Aunque tanto las sesiones de consejería individual como las grupales son partes importantes del tratamiento primario de los TUS, la consejería grupal suele ser la modalidad más utilizada.
- La consejería grupal es una forma costo-efectiva de proporcionar tratamiento ya que permite que un solo profesional del tratamiento ayude a varias personas usuarias al mismo tiempo. Pero más allá de su costo-efectividad, la consejería grupal es especialmente apropiada para tratar los TUS debido a que:
  - Proporciona oportunidades para que las personas usuarias desarrollen habilidades de comunicación y participen en experiencias de socialización — estas actividades son especialmente útiles para las personas cuya socialización ha girado en torno al uso de drogas;

- Crea un ambiente en el que las personas usuarias se ayudan, se apoyan, y de ser necesario, se confrontan.
- Introduce estructura y disciplina en las a menudo caóticas vidas de las personas usuarias.
- Proporciona normas que refuerzan formas útiles de interactuar y un entorno seguro y acogedor que resulta crucial para la recuperación.
- Ayuda a las personas usuarias a aumentar la comprensión de su capital de recuperación y de los obstáculos para la recuperación;
- Promueve la evaluación individual de los factores críticos de riesgo y de protección;
- Promueve la recuperación individual (los miembros del grupo que están más avanzados en la recuperación pueden ayudar a otros miembros); y
- Proporciona oportunidades para que líderes del grupo transmitan nueva información, enseñen nuevas habilidades y guíen a las personas usuarias mientras practican nuevos comportamientos.

- La ubicación de una persona usuaria en un grupo debe basarse en sus necesidades particulares y en su etapa de recuperación. Por otra parte, algunas personas usuarias nunca deben ser asignadas a los mismos grupos. Por ejemplo:
  - Los agresores(as) y las víctimas de violencia doméstica deben estar en grupos separados.
  - Vecinos(as), amigos(as), parientes, cónyuges o parejas no deben ser asignados al mismo grupo (excepto en consejería de grupos familiares). En áreas rurales y remotas, esto podría no ser posible. En esos casos, debe haber una cuidadosa preparación y conversaciones sobre la confidencialidad.
  - El tamaño óptimo de un grupo es de entre 8 y 15 miembros. Las sesiones grupales generalmente no duran más de 1.5 horas. Las personas suelen tener dificultades para seguir concentradas después de ese periodo de tiempo.
- Aunque la consejería grupal tiene muchos beneficios, no es apropiada para todas las personas usuarias. Por ejemplo:
  - Algunas personas usuarias que experimentan ansiedad social o que son muy introvertidos(as) no toleran bien los grupos. A estas personas se les debe ofrecer consejería individual hasta que se sientan cómodos(as) participando en sesiones de grupo o, de otro modo ubicarlos en sesiones de grupo de baja intensidad que se enfoquen en la formación de habilidades de afrontamiento.
  - Algunas personas con trastornos mentales graves, como la esquizofrenia o el trastorno de personalidad antisocial, no pueden participar en grupos y sólo pueden asistir a terapia individual.
  - Las personas usuarias que no respetan los principios de la terapia grupal incumpliendo los acuerdos del grupo o abandonando regularmente y aquellos(as) que no pueden controlar sus impulsos podrían responder mejor a la consejería individual.

## 3. *Intervenciones en la familia*

- Las familias de personas con TUS suelen necesitar servicios.
- Las intervenciones en la familia como parte del plan de tratamiento pueden beneficiar tanto a la recuperación del individuo como a los miembros de la familia[4].

4 Sharf, R.S.(2010). Theories of psychotherapy and counseling: Concepts and cases. Belmost, CA:Brooks/Cole

- Generalmente se ofrece un programa estructurado con una combinación de componentes individuales y grupales. La duración, la cantidad y frecuencia de las sesiones y los componentes de la intervención varían dependiendo de los recursos; tales como el nivel de competencia del personal, la disponibilidad de espacio, el costo, etc.
- El Protocolo para Mejorar el Tratamiento (Treatment Improvement Protocol — TIP-39) de la Administración de Servicios de Salud Mental y Abuso de Sustancias (SAMHSA, 2015) describe cinco niveles de intervención en la familia. Este Protocolo para Mejorar el Tratamiento (TIP): Tratamiento del Abuso de Sustancias y Terapia Familiar, aborda la forma en que el abuso de sustancias afecta a toda la familia y cómo los proveedores(as) de tratamiento para el abuso de sustancias pueden utilizar los principios de la terapia familiar para cambiar las interacciones entre los miembros de la familia. El TIP proporciona información básica sobre la terapia familiar para los/las profesionales del tratamiento del abuso de sustancias e información básica sobre el tratamiento del abuso de sustancias para los/las terapeutas familiares. El TIP presenta modelos, técnicas y principios de terapia familiar, con especial atención en las etapas de la motivación, así como en el tratamiento y la recuperación.
- El TIP-39 describe los cinco niveles de intervención en la familia que varían en función del grado de participación en el tratamiento y del grado de personalización de la intervención para cada familia.
  - Nivel 1: Poca o ninguna conexión con la familia. Se enfoca únicamente en la persona que usa sustancias; la familia es contactada sólo por razones prácticas o legales; podría involucrar conversaciones informales pero planificadas con la familia para obtener cierta información.
  - Nivel 2: Se proporciona psicoeducación y orientación. El centro de atención es la persona que usa sustancias, pero además la persona usuaria y la familia participan de forma colaborativa; este nivel proporciona psicoeducación y orientación a los miembros de la familia.
  - Nivel 3: Aborda los sentimientos de la familia y proporciona apoyo. Se proporciona algo más que información y consejos, ya que el nivel 3 opera a un nivel más profundo con las familias para abordar los sentimientos, las preocupaciones y la forma en que la familia maneja los problemas; se examinan los patrones familiares en el contexto de la satisfacción de las necesidades; a menudo se hacen derivaciones a apoyo especializado.
  - Nivel 4: Evaluación y planificación sistemática de la intervención. En este nivel se trabaja con la familia desde una perspectiva sistémica. La familia participa en las reuniones; se evalúa el nivel de funcionamiento familiar; se abordan los problemas, se generan alternativas para apoyar la recuperación mutua; si está indicado, la familia puede ser derivada a servicios especializados.
  - Nivel 5: Terapia familiar. En este nivel se ofrece terapia familiar; los/las terapeutas deben tener formación especializada en técnicas de terapia familiar y estar supervisados clínicamente; en este nivel, la familia es la persona en tratamiento y las metas del tratamiento podrían o no centrarse en los problemas del uso de sustancias.
- El nivel 1 implica poca o ninguna participación, mientras que el nivel 5 se refiere al nivel más alto de participación

### 4. *Intervenciones de Consejería de Ayuda Mutua*

- Los/las terapeutas para el tratamiento de TUS deben estar lo más familiarizados(as) posible con la gama de programas de ayuda mutua, para que puedan:
  - Orientar a las personas usuarias sobre lo que está disponible;
  - Alentar a las personas usuarias a probar con diferentes programas;
  - Ayudar a las personas usuarias a seleccionar un programa de apoyo útil; y
  - Favorecer la creación de grupos de ayuda mutua cuando no estén disponibles.

### 5. *Intervenciones de Vinculación con Servicios de Apoyo Social*

- Las intervenciones están dirigidas a facilitar el acceso a los servicios de apoyo socio-sanitario, entre ellos:
  - Atención de la salud general
  - Apoyo y orientación profesional
  - Educacional
  - Vocacional
  - Financiera
  - Vivienda
  - Legal
  - Cuidado infantil
  - Atención de VIH/SIDA
- Es importante identificar los recursos comunitarios para responder a las necesidades específicas de las personas usuarias.
- También resulta útil identificar las barreras para acceder a los servicios.
- Las intervenciones de vinculación con los servicios de apoyo social suponen llevar a cabo actividades de coordinación de los servicios para asegurar la conexión de las personas con los diferentes proveedores, garantizando una transición adecuada a nuevos programas o niveles de atención.
- Puede ser beneficioso monitorear la participación de las personas usuarias y el uso de los servicios y perfeccionar los vínculos de los servicios de acuerdo con este monitoreo.

### 6. *Intervenciones de Farmacoterapia*

- La farmacoterapia (a veces llamada tratamiento asistido por medicamentos) es el uso de medicamentos para asistir en el tratamiento de los TUS. La farmacoterapia se utiliza de diversas formas:
  - Para ayudar en la abstinencia aguda o en la disminución progresiva del uso de sustancias psicoactivas;
  - Para desalentar el uso de una sustancia reduciendo sus propiedades de reforzamiento o creando efectos negativos cuando se usa la sustancia;
  - Para tratar los trastornos co-ocurrentes;

- Para ayudar a la recuperación temprana reduciendo los cravings o deseos intensos, o contrarrestando los síntomas a largo plazo de la abstinencia; y
- Para apoyar el mantenimiento de la recuperación.

- Los tratamientos farmacológicos para el uso de opioides son:
  - Tratamiento de Mantenimiento con Agonistas Opioides (OAMT por sus siglas en inglés);
  - Medicación para prevención de recaídas (Naltrexona); y
  - Medicación para revertir la sobredosis de opioides (Naloxona).
- La farmacoterapia normalmente se utiliza junto con la consejería y otros servicios de tratamiento, no en lugar de ellos.

### *7. Intervenciones de Pruebas para la Detección de Sustancias*

- Someter a las personas en tratamiento a pruebas para detectar el uso de drogas puede resultar de utilidad de diversas formas: Las pruebas pueden:
  - Verificar, contradecir o añadir información adicional al autoinforme de la persona usuaria sobre el uso de sustancias;
  - Identificar un regreso al uso de sustancias;
  - Ayudar a evaluar la eficacia del plan de tratamiento y del nivel actual de atención; y
  - Promover la abstinencia.
- Las sustancias aparecen y se pueden analizar en la sangre, la orina, la saliva, la respiración y el cabello. La mayor parte de los programas de tratamiento realizan pruebas de orina para detectar sustancias.

## *El Alta*

- Existen diferentes tipo de alta de un programa de tratamiento:
  - Cuando la persona completa su plan de tratamiento (también se le llama alta terapéutica o alta clínica).
  - Cuando la persona abandona el tratamiento antes de completar su plan de tratamiento.
  - Otras razones (encarcelamiento, muerte, otras)
- También son frecuentes las situaciones en las que una persona sale de un programa para ser derivada o referida a otro servicio o nivel de atención, en este caso la persona sale del centro concreto, pero continúa su trayectoria asistencial en la red de tratamiento.

## *Intervención en la Trayectoria de la Atención – El Postratamiento*

- McKay (2009) define el postratamiento (aftercare) como la etapa del tratamiento que sigue a un episodio inicial de cuidados más intensivos, generalmente un tratamiento en modalidad residencial o ambulatoria intensiva.
- También se le conoce con el nombre de “manejo o administración de la recuperación”.

- Según este autor, el término “postratamiento” ha sido sustituido en la literatura por “atención continua”, para representar mejor la idea de que el tratamiento activo continúa en esta etapa (en consonancia con la visión contemporánea del trastorno por uso de sustancias como un trastorno crónico recuperable, y su manejo efectivo).
- Se enfoca en reducir el riesgo a recaer en el uso de sustancias apoyando integralmente el funcionamiento social, el bienestar y la reintegración en la comunidad y en la sociedad. De acuerdo con la perspectiva del curso de la vida, el manejo de la recuperación o el postratamiento ayuda a mejorar la salud y el bienestar, a la vez que estabiliza y fortalece la recuperación.
- El tratamiento orientado a la recuperación y el postratamiento constituyen un enfoque del manejo a largo plazo de las personas usuarias dentro de la red de recursos y servicios de apoyo basados en la comunidad.
- Tras el tratamiento de los trastornos por uso de drogas, la mayoría de las personas usuarias requiere algún grado de manejo de la recuperación de largo plazo, cuya intensidad es reflejo de sus necesidades individuales.
- Las personas debieran tener acceso de por vida a intervenciones médicas y psicosociales.
- Para proporcionar un manejo de la recuperación efectivo, es necesario involucrar a todo el sistema, integrando todas las modalidades de tratamiento y haciendo participar a las partes interesadas externas al sector salud. Las múltiples partes intervinientes de las comunidades desempeñan un papel y deben estar involucradas en el proceso de recuperación.
- La meta principal del postratamiento o manejo de la recuperación es mantener los beneficios obtenidos en otras modalidades de tratamiento proporcionando un apoyo continuo e individualizado a las necesidades de la persona.
- El plan contiene objetivos medibles y por escrito relacionados con el tratamiento de la persona usuaria, por ejemplo:
  - Mantener la abstinencia;
  - Desarrollar apoyos continuos a la recuperación;
  - Lograr una vida en la comunidad;
  - Lograr habilidades de empleabilidad;
  - Obtener educación;
  - Obtener empleo o ingreso a estudios.
- El plan también deberá abordar el logro de metas menos concretas, como:
  - Obtener consejería para un trastorno mental co-ocurrente.
  - Desarrollar una comprensión más profunda de sí mismo(a) y de los demás.
  - Aumentar la responsabilidad.
  - Trabajar para resolver dificultades familiares.
  - Consolidar, reforzar y sentirse a gusto con los cambios de vida.
  - Integrarse en la comunidad con un rol trascendente.

- Principios del postratamiento / manejo de la recuperación
  1. Enfocarse en aumentar las fortalezas en lugar de disminuir los déficits.
  2. Programas flexibles en lugar de programas rígidos.
  3. Consideración por la autonomía de las personas usuarias.
  4. Participación comunitaria.
- La atención continua también incluye apoyos que se encuentran fuera de los grupos estructurados de atención continua, como por ejemplo:
  - Instituciones religiosas o espirituales;
  - Tradiciones y valores culturales que favorecen la recuperación;
  - Visitas domiciliarias periódicas o sesiones de reforzamiento;
  - Monitoreo intensivo del manejo de casos y de los apoyos; y
  - Capacitación para el trabajo u otro tipo de estudio.
- Algunas comunidades proporcionan además programas de vivienda provisoria a través de los cuales una persona usuaria puede volverse más independiente de forma gradual sin tener que preocuparse por tener un lugar donde vivir.
- Un buen plan y programa de atención continua debe incluir un plan de acción en respuesta a un lapso o recaída, incluyendo la readmisión al tratamiento primario.
- El manejo de la recuperación implica: reuniones periódicas de control o seguimiento (chequeos) o llamadas telefónicas realizadas por un(a) terapeuta especialista en el tratamiento de drogas, un psicólogo(a), otro(a) profesional, un(a) profesional médico o un(a) enfermero(a) de la atención primaria.
- Los chequeos pueden ayudar a mantener la recuperación y evitar recaídas.
- Los programas de tratamiento suelen informar a las personas usuarias sobre los programas de autoayuda y de ayuda mutua.
- El único requisito de afiliación en los grupos de los 12 Pasos consiste en tener el deseo de dejar de beber y/o de usar drogas. También se pone un gran énfasis en el servicio y en ayudar a otros miembros a entrar en la recuperación y a mantenerse en ella.
- El apoyo de pares/la ayuda mutua no es sólo para después del tratamiento — también es un complemento del mismo.
- Creado a mediados de la década de 1930 en los Estados Unidos por Bill Wilson y Bob Smith, Alcohólicos Anónimos (AA) fue el primer grupo de ayuda mutua.
- Narcóticos Anónimos (NA) fue creado en la década de 1950 para todas las personas con una dependencia a sustancias diferentes al alcohol.
- Tanto AA como NA utilizan las experiencias de sus propios miembros, un proceso compuesto por 12 pasos, y la espiritualidad para combatir la dependencia a las sustancias.
- El sello distintivo de AA y de NA es el programa de los 12 Pasos hacia la recuperación. Por favor avancen hasta la Página de Apoyo 6.5 de sus manuales.
- Empezando con la persona a mi derecha, por favor cada uno(a) lea uno de los pasos.

- Otro sello distintivo de AA y de NA son las reuniones grupales. Las reuniones grupales pueden ser "abiertas", lo que significa que el público en general puede asistir, o "cerradas", en cuyo caso sólo pueden asistir las personas con un trastorno por uso de sustancias. Dichas reuniones son facilitadas por miembros de manera rotativa. Existen diferentes tipos de reuniones de grupo, entre ellas:
  - Reuniones de discusión, en las cuales un(a) líder presenta un tema con algunos breves comentarios y luego invita a los demás a compartir sobre el mismo tema;
  - Reuniones con oradores(as), en las cuales la persona en recuperación comparte su propia historia; y
  - Reuniones de los 12 Pasos, en las cuales se analiza un paso en particular.
- Adicionalmente a los principales tipos de reuniones, también hay reuniones especiales para mujeres, hombres, miembros gay y lesbianas, y otros.
- La participación en grupos de los 12 Pasos y en grupos de ayuda mutua/autoayuda se ha asociado a resultados positivos de largo plazo. Estos grupos han servido como la principal, si no la única, fuente de cambio de comportamiento para muchos, como complementos del tratamiento formal, o como una forma de atención continua y apoyo comunitario después del tratamiento.
- Los programas de los 12 Pasos no son para todos(as). Algunas personas no se sienten cómodas con los aspectos espirituales de los programas. Aunque la literatura de AA y de NA afirma que incluso los ateos pueden utilizar los programas de forma productiva, las reuniones de grupo suelen incluir elementos cristianos, como por ejemplo recitar el Padre Nuestro.
- Las personas que tienen dificultades en situaciones sociales y grupales podrían no ser capaces de utilizar eficazmente un programa de recuperación en grupo.
- A lo largo de los años se han creado otros grupos de ayuda mutua, incluidos varios que se basan en el modelo de AA y de NA y en otros enfoques de tratamiento.
  - Women for Sobriety (Mujeres por la Sobriedad)
  - Rational Recovery (Recuperación Racional)
  - SMART - Self-Management and Recovery Training - Recovery (Recuperación SMART - Capacitación en Automanejo y Recuperación)
- Otros se enfocan más en determinadas tradiciones culturales o basadas en la fe. Debido a que suelen ser acogidos en una iglesia local, un templo, una sinagoga o un grupo espiritual, también proporcionan a los/las participantes un vínculo con una red de apoyo más extensa.

## *El Manejo de Casos*

- Idealmente, una persona en tratamiento por TUS podría recibir todos los servicios necesarios en un solo lugar o a través de alianzas integradas de proveedores de servicios. Sin embargo, en la mayor parte de los lugares del mundo, los servicios suelen estar dispersos, como las piezas de un rompecabezas, y ser de difícil acceso. No hay un programa o sistema único que pueda satisfacer todas las necesidades de una persona que usa sustancias.
- Los gestores(as) de casos ayudan a reunir las piezas del rompecabezas para sus personas usuarias.
- El manejo de casos para personas que sufren adicciones es esencial por muchas razones.

- En primer lugar, el tratamiento debe estructurarse para asegurar el movimiento fluido entre los niveles de atención (p. ej., pasar de un centro residencial a un programa ambulatorio) evitando brechas en los servicios. Además, los servicios deben estar preparados para responder rápidamente a la amenaza de una recaída.
- En segundo lugar, la adicción afecta tantas áreas de la vida de una persona que normalmente se requiere una serie de servicios de apoyo para ayudar al individuo a mantener una recuperación a largo plazo mientras maneja su vida en la comunidad.
- Por último, el manejo de casos proporciona a la persona usuaria una persona de contacto única que es responsable de encontrar y movilizar los recursos necesarios, asegurando que no "sea desatendida" por el sistema.
- En algunos países, la función del manejo de casos forma parte del trabajo esencial y no cumple un rol separado. El miembro del personal proporciona planificación y revisión del tratamiento, manejo de casos y coordinación.
- Las funciones del manejo de casos incluyen:
  - Evaluación;
  - Planificación de los servicios;
  - Vinculación y derivación;
  - Monitoreo; y
  - Defensoría.
- La evaluación y planificación de los servicios del manejo de casos están estrechamente relacionadas con la evaluación inicial y el plan de tratamiento previamente analizados. Un plan de manejo de casos puede incorporarse al plan de tratamiento general de la persona usuaria, pero también se puede realizar como un proceso independiente que examine específicamente lo que él o ella necesita además del tratamiento del TUS.
- La vinculación y derivación se produce tanto dentro de un programa como entre programas (inter-programas). Dentro de un programa de tratamiento, un gestor(a) de casos ayuda a las personas usuarias a desplazarse entre los niveles de atención (p. ej., desde el tratamiento ambulatorio al tratamiento residencial o del tratamiento primario a la atención continua).
- La vinculación inter-programas es una parte fundamental del manejo de casos, debido a que ningún programa puede satisfacer todas las necesidades de un persona usuaria. El objetivo del manejo de casos inter-programas es conectar los programas entre sí para proporcionar más servicios a las personas usuarias.
- Derivar a una persona usuaria a un servicio en particular no es suficiente. Un gestor(a) de casos se asegura de que la persona usuaria participe en los servicios y monitorea sus avances.
- El gestor(a) de casos identifica los obstáculos (relacionados con las personas usuarias así como con los servicios) y trabaja con la persona usuaria y las fuentes de derivación para superarlos.
- Este tipo de coordinación estrecha requiere que un gestor (a) de casos posea excelentes habilidades comunicacionales.
- Ejercer defensoría es un proceso que implica pronunciarse sobre temas de interés de las personas usuarias para aplicar influencia en favor de una o varias personas. En ocasiones, abogar por las personas usuarias de servicios de tratamiento puede ser difícil, pero es una función importante de los gestores(as) de casos.

# Módulo 7

## PRÁCTICAS BASADAS EN LA EVIDENCIA PARA INTERVENCIONES DE TRATAMIENTO

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *260*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *261*
*Diapositivas en PowerPoint* ..... *262*
*Páginas de Apoyo* ..... *349*
*Resumen* ..... *377*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Introducción al Módulo 7 | 5 minutos | |
| Presentación: Formas de considerar las prácticas basadas en la evidencia | 40 minutos | |
| Presentación: Detección, Intervención Breve y Derivación a Tratamiento | 5 minutos | |
| Presentación: Terapia Cognitivo-Conductual | 30 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Terapia Cognitivo-Conductual — Parte 1, Preparación | 15 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Terapia Cognitivo-Conductual — Parte 2, Presentación | 10 minutos | |
| Presentación: Enfoques Motivacionales | 30 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Motivacionales — Parte 1, Preparación | 25 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Motivacionales — Parte 2, Presentación | 20 minutos | |
| Presentación: Enfoques Basados en la Familia | 25 minutos | |
| ***Almuerzo*** | ***60 minutos*** | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Basados en la Familia | 45 minutos | |
| Presentación: El Manejo de Contingencias y el Refuerzo Comunitario | 20 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Ejercicio en grupos pequeños: El Manejo de Contingencias | 45 minutos | |
| Presentación: Terapia de Facilitación de los 12 Pasos | 5 minutos | |
| Ejercicio de reflexión | 10 minutos | |
| Síntesis del Día 4 | 10 minutos | |

*Final Día 4*

| | | |
|---|---|---|
| Día 5 – Revisión y bienvenida | 10 minutos | |
| Presentación: La Farmacoterapia para la Dependencia | 20 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: La Farmacoterapia para la Dependencia | 45 minutos | |
| ***Receso*** | ***15 minutos*** | |
| Presentación: Prácticas basadas en la evidencia | 5 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Prácticas basadas en la evidencia | 30 minutos | |
| Ejercicio en grupo grande: Prácticas basadas en la evidencia | 30 minutos | |

# Metas y Objetivos del Módulo 7

## Metas de la Capacitación

- Proporcionar una visión general del concepto de prácticas basadas en la evidencia;
- Brindar información sobre cinco prácticas basadas en la evidencia; y
- Proporcionar a los/las participantes la oportunidad de analizar el uso de prácticas basadas en la evidencia en sus comunidades.

## Objetivos de Aprendizaje

Los/Las participantes que completen el Módulo 7 serán capaces de:

- Definir las prácticas basadas en la evidencia (PBE);
- Describir por qué es importante tener conocimiento sobre las PBE;
- Describir 3 características de las PBE;
- Identificar las ventajas y limitaciones de las PBE;
- Describir los 5 pasos para la implementación de las PBE;
- Describir los Principios de las PBE para el Tratamiento de los TUS;
- Identificar los componentes esenciales de siete PBE específicas;
- Analizar la aplicabilidad de estas PBE en sus trabajos;
- Describir 3 prácticas basadas en la evidencia.

## Módulo 7 – Objetivos de Aprendizaje

- Definir qué se entiende por prácticas basadas en la evidencia (PBE).
- Describir por qué es importante tener conocimiento sobre las PBE.
- Describir 3 características de las PBE.
- Identificar las ventajas y limitaciones de las PBE.

7.2

## Módulo 7 – Objetivos de Aprendizaje

- Describir los 5 pasos para la implementación de las PBE.
- Describir los Principios de las PBE para el Tratamiento de los TUS.
- Identificar los componentes esenciales de siete PBE específicas.
- Analizar la aplicabilidad de estas PBE en sus trabajos.
- Describir 3 prácticas basadas en la evidencia.

7.3

## Formar Grupos Pequeños

- En cada grupo se necesitan niveles de experiencia distintos.
- Deberán formar una fila de izquierda a derecha, según la cantidad de tiempo que cada participante ha trabajado como terapeuta de TUS.
- Se debe tomar en cuenta la experiencia de trabajo a tiempo completo y parcial, las pasantías, y el trabajo voluntario.
- Deberán enumerarse en series de 1 a 4, partiendo por la izquierda.
- Cambiarse a sus nuevos grupos por mesa y presentarse a los demás.

7.4

## Prácticas Basadas en la Evidencia

- ¿Qué se entiende por “práctica basada en la evidencia”?

7.5

## Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE): Definiciones

- Prácticas para las cuales la evidencia es más sólida y aceptada — y que tienen mayores probabilidades de producir un impacto significativo en mejorar la atención.

Fuente: U.S. National Quality Forum. (2007). *National voluntary consensus standards for the treatment of substance use conditions: Evidence-based treatment practices* (abridged version). Washington, DC: Author. American

7.6

## Prácticas Basadas en la Evidencia (PBE): Definiciones

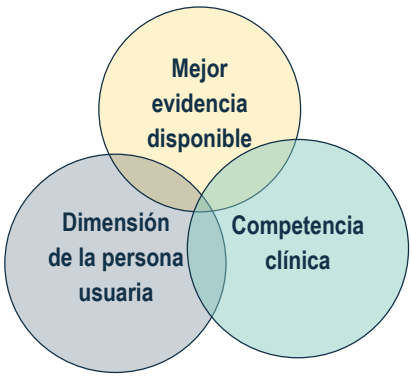
- "Una práctica basada en la evidencia consiste en la integración de la mejor evidencia de la investigación con la competencia y los valores clínicos (valores de las personas usuarias)".

Fuente: Psychological Association (2006). American Psychological Association (APA) Presidential Task Force of Evidence-Based Practice Evidence-based practice in psychology. American Psychologist. 2006;61:271–285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

7.7

## Componentes de las PBE

- "Una práctica basada en la evidencia consiste en la integración de la mejor evidencia de la investigación con la competencia y los valores clínicos (valores de las personas usuarias)".




7.8

## Competencias Clínicas

- Los/las terapeutas que implementan una PBE cuentan con habilidades básicas de consejería, pueden conectarse con las personas usuarias y han sido formados en el uso de la práctica específica.
- El Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias [Center for Abuse Treatment (2006)] ha identificado 8 competencias clínicas básicas relacionadas con la implementación de las PBE.

Center for Substance Abuse Treatment (2006) Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. HHS Publication No. (SMA) 08-4171. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration.

7.9

## Dimensión de la Persona Usuaria

- Valores, creencias religiosas, visión del mundo, metas y preferencias de las personas usuarias, vinculados a la experiencia del profesional/terapeuta y al conocimiento de la investigación disponible.

Fuente: APA (2006) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. American Psychologist, Vol. 61, No. 4, 271–285 (DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271)

7.10

## Mejor evidencia disponible

- Resultados científicos relacionados con la intervención, los procedimientos de evaluación, los problemas clínicos y la población estudiada, los estudios de laboratorio y de campo, así como los resultados clínicamente relevantes de la investigación en psicología y campos relacionados.

Fuente: Psychological Association (2006). American Psychological Association (APA) Presidential Task Force of Evidence-Based Practice Evidence-based practice in psychology. American Psychologist. 2006;61:271–285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271. [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar]

7.11

## Definición de PBE: Prácticas

- Las prácticas son conjuntos de técnicas y enfoques que podrían incluir elementos de más de una teoría de intervención individual.

7.12

## ¿Por Qué las Prácticas Basadas en la Evidencia?

Pregunta:

- ¿Por qué debemos tener conocimiento e interesarnos en las PBE?

**Las PBE tienen por objetivo Mejorar la Calidad de la Atención**

7.13

## Las PBE Mejoran la Atención y los Resultados

- Las PBE han demostrado mejorar la atención y los resultados del tratamiento.

Fuente: World Health Organization (WHO) and UNODC. (2008). *Principles of drug dependence treatment: Discussion paper*. (http://www.unodc.org/documents/eastasiaandpacific//china/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment.pdf)

7.14

## Definición de PBE: "Mejorar la Atención"

- Sólo el 10 por ciento de las personas con trastornos por consumo de alcohol recibió la atención recomendada, lo que dio como resultado un aumento de la mortalidad y la morbilidad.

Fuente: McGlynn, E. A., Asch, S. M., Adams, J., Keesey, J., Hicks, J., DeCristofaro, A. et al. (2003). The quality of health care delivered to adults in the United States. *New England Journal of Medicine 348*.

7.15

## La OMS y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito

- "Las intervenciones y las inversiones en el tratamiento de la dependencia de drogas deberían estar orientadas por buenas prácticas basadas en la evidencia y en el conocimiento científico acumulado respecto a la naturaleza de la dependencia de las drogas. Los altos estándares requeridos para aprobar intervenciones farmacológicas o psicosociales en todas las demás disciplinas médicas deben aplicarse también al campo de la dependencia de drogas".

Fuente: World Health Organization and UNODC (2008). Principles of drug dependence treatment: Discussion paper. (http://www.unodc.org/documents/eastasiaandpacific//china/UNODC-WHO-Principles-of-Drug-Dependence-Treatment.pdf)

7.16

## Las PBE

**¡No toda la evidencia es igual de buena!**

7.17

## "Pirámide de la Evidencia"

Fuente: Hierarchy of research designs and levels of scientific evidence (From National Health and Medical Research Council. Disponible en: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf [12]).

7.18

## Las PBE son conocimiento en movimiento

- Las PBE no son un estado de conocimiento estático.
- Las nuevas evidencias proporcionadas por la investigación clínica pueden invalidar los tratamientos aceptados y sustituirlos por otros nuevos, más adecuados, eficaces y seguros.
- Los/las profesionales tienen la obligación de mantenerse informados del desarrollo de la investigación clínica, e incorporar estos avances a su práctica diaria.

Fuente: Thyer, B. (2004) What Is Evidence-Based Practice? Brief Treatment and Crisis Intervention, Vol. 4, No. 2, 167-176 (DOI: 10.1093/brief-treatment/mhh013)

7.19

## Las ventajas de implementar PBE

- Se aumenta la probabilidad de que el tratamiento proporcionado sea beneficioso.
- Aumenta la eficiencia en el uso de recursos limitados.
- Puede facilitar la obtención de recursos financieros de quienes otorgan financiamiento para el programa.

7.20

## Las limitaciones de implementar PBE

- La inversión financiera requerida.
- La adaptación de las PBE a las características culturales y demográficas de las personas puede presentar dificultades.
- Las personas podrían tener mayores necesidades de tratamiento que las abordadas por los programas de PBE.
- El/la terapeuta debe percibir la modificación de sus prácticas habituales como una necesidad.
- Las PBE asumen que el tratamiento se implementa de la forma en que se investigó.

7.21

## Características de las PBE

- Especificidad:
  - Se han validado para un propósito específico con una población determinada.
- Fidelidad:
  - Las PBE asumen que el tratamiento se utiliza de la forma en que se investigó.
- Limitaciones:
  - Las PBE suelen validarse a través de investigaciones de grupos grandes o de una serie de estudios de grupos pequeños.

7.22

## Prácticas No Recomendadas

- Acupuntura, terapia de relajación, educación, pruebas de drogas, desintoxicación, como tratamientos autónomos.
- Terapia psicodinámica individual.
- Terapia grupal no estructurada.
- Confrontación como el principal enfoque de tratamiento.
- Alta del tratamiento como respuesta a una recaída.

Fuente: U.S. National Quality Forum. (2004). Evidence-based treatment practices for substance use disorders: Workshop proceedings. Washington, DC: Author.

7.23

## Información que es importante conocer

- Un enfoque empático y de apoyo podría ser tan importante como las prácticas específicas utilizadas
- La capacidad de un(a) terapeuta para comprometerse y desarrollar una relación terapéutica con una persona es fundamental.

7.24

## Modalidades e intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia (OMS)

- Detección, Intervención Breve y Derivación al Tratamiento.
- Intervenciones psicosociales.
- Intervenciones farmacológicas.
- Manejo de la recuperación.

Fuente: International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020

7.25

## Presentación: Detección, Intervención Breve y Derivación al Tratamiento

- La detección, intervención breve y derivación a tratamiento es una intervención basada en la evidencia que se utiliza para identificar, reducir y prevenir los trastornos por uso de drogas.
- Existe una serie de herramientas validadas para la detección de los trastornos por uso de drogas. Entre ellas se encuentra la Prueba para la Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST).
- Una intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (normalmente de 5 a 30 minutos) cuyo objetivo es ayudar a una persona a abandonar o reducir el uso de sustancias psicoactivas o (menos comúnmente) a tratar otros problemas de la vida.

7.26

## Intervenciones psicosociales

- Terapia Cognitivo-Conductual.
- La entrevista motivacional y la terapia de estimulación motivacional.
- Enfoques de tratamiento orientados a la familia.
- Manejo de Contingencias.
- Enfoque de reforzamiento comunitario.
- Terapia de facilitación de los 12 Pasos.

7.27

## La Terapia Cognitivo-Conductual

- Una combinación de:
  - Terapia cognitiva, que fue desarrollada originalmente por Aaron Beck para tratar la depresión.
  - Terapia conductual, que fue desarrollada y conceptualizada por Iván Pavlov y modificada por B. F. Skinner y Albert Bandura

Beck, A.T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York. International Universities Press.
https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/evidence-based-approaches-to-drugaddiction-treatment/behavioral-therapies.

7.28

## Terapia Cognitiva

- Los pensamientos y las interpretaciones provocan sentimientos y comportamientos.
- Los sentimientos y los comportamientos no son causados por cosas externas.
- Las personas pueden cambiar su forma de pensar (y de sentir y de actuar), aún si la situación externa no cambia.

7.29

En lugar de esto…
Evento
Sentimientos y Conducta
7.30

## Esto

7.31

## Enfoque de la Terapia Conductual

- Los trastornos emocionales y conductuales son respuestas aprendidas que pueden ser sustituidas por otras respuestas más saludables con un entrenamiento adecuado.

7.32

## Enfoques Conductuales

- Se centran en identificar los factores que inician y mantienen un comportamiento.
- Se centran en los comportamientos adaptativos y disfuncionales que conducen al malestar y a los problemas de la persona.
- Se centran en comportamientos *observables* y *medibles*.

7.33

## La TCC: Preguntas Centrales

- La pregunta relativa al "cómo" está relacionada con la construcción de habilidades.
  - ¿Cómo cambia la persona?
- La pregunta relativa al "qué" se refiere a las cosas que refuerzan los patrones de pensamiento, afecto y comportamiento.
  - ¿Qué hace que una persona siga haciendo lo que hace?

7.34

## Enfoque de la TCC para el Tratamiento de los TUS

- Enseñar a las personas habilidades que les ayuden a reconocer y aprender estrategias para:
  - Reducir los riesgos de recaída.
  - Mantener la abstinencia.
  - Solucionar problemas.
  - Aumentar la autoeficacia.

https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/evidence-basedapproaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies

7.35

## Técnicas de la TCC

- Formular preguntas — y enseñar a las personas a hacerse preguntas — para explorar la relación de su pensamiento con sus respuestas emocionales a los eventos. Por ejemplo:
  - ¿Cómo sé realmente si esas personas se están riendo de mí?
  - ¿Hay alguna otra explicación posible?
  - ¿Podrían estar riéndose de otra cosa?

7.36

## Técnicas de la TCC

- Explorar las consecuencias positivas y negativas.
- Enseñar cómo automonitorearse.
- Ayudar a las personas a desarrollar estrategias para evitar o para afrontar situaciones de alto riesgo
- Ayudar a las personas a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces para los desafíos de la vida en general.
- Enseñar habilidades para la resolución de problemas.

7.37

## Técnicas de la TCC

- Tareas:
- Lecturas
- Hacer seguimiento de determinados comportamientos y pensamientos.
- Practicar nuevas habilidades (ensayos conductuales).

7.38

## Terapia Cognitivo-Conductual de Habilidades de Afrontamiento

- Un enfoque estructurado de la TCC
- Cada sesión incluye:
  - Análisis de la lógica.
  - Orientación sobre habilidades específicas.
  - Ensayos conductuales (juegos de roles de habilidades).
  - Ejercicios prácticos en áreas temáticas particulares.

U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Volume 3. Bethesda, MD: Author.

7.39

## Áreas Temáticas

- Áreas Temáticas:
  - El manejo de los pensamientos sobre el uso de sustancias.
  - La resolución de problemas.
  - El desarrollo de habilidades para rechazar las sustancias.
  - La planificación para emergencias y técnicas de afrontamiento en casos de recaída.
  - Cómo abordar la toma de decisiones aparentemente irrelevantes.

7.40

## Decisiones aparentemente irrelevantes

7.41

## El Entrenamiento en Habilidades de Afrontamiento

- Ayuda a las personas a ver cada eslabón de la cadena de acontecimientos que las llevó a una recaída.
- Ayuda a las personas a aprender a reconocer decisiones que pueden convertirse en el inicio de un proceso de recaída.

7.42

## La Efectividad de la TCC

- Efectividad documentada para los TUS relacionados con:
  - Alcohol.
  - Marihuana.
  - Cocaína.
  - Metanfetamina.
  - Nicotina.
- Las personas mantienen las habilidades y logros durante un año después del tratamiento.

Fuente: U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author

7.43

## Ejercicio en grupos pequeños: La TCC

- Asignación de temas para los grupos pequeños:
  - Grupo 1: Visión general de las características.
  - Grupo 2: Principales técnicas/aplicaciones.
  - Grupo 3: Fortalezas.
  - Grupo 4: Desafíos.

7.44

## Ejercicio en grupos pequeños: La TCC

- Deberán realizar una síntesis del tema asignado:
  - En una *hoja de papelógrafo* para la presentación grupal.
  - En un *hoja de papel blanco* para colocar en la gráfica mural de la TCC.
- Recursos para utilizar:
  - Sus manuales y notas
  - Lo que ya saben sobre esta PBE
  - La Página de Apoyo 7.3 (especialmente útil para las fortalezas y desafíos).

7.45

## Enfoques Motivacionales

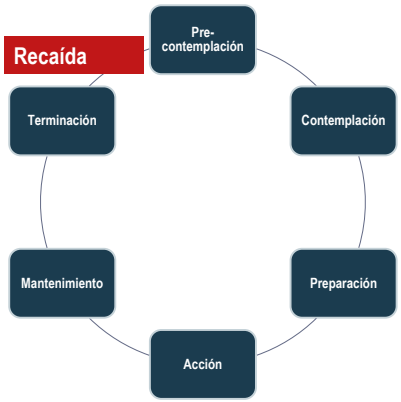
- Entrevista Motivacional (EM)
- Terapia de Estimulación Motivacional (MET)

Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1994). Motivational Enhancement Therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (NIH Publication No. 94-3723). Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Extraído de http://casaa.unm.edu/manuals/met.pdf
SAMHSA, USA (2006).Treatment Improvement Protocol (TIP) No.47. CSAT. Rockville (MD)

7.46

## Enfoques Motivacionales (Cont.)

- El cambio se produce en etapas.
- La motivación para el cambio varía con el tiempo.
- La motivación puede estimularse.




7.47

## Los Enfoques Motivacionales (Cont.)

- Centrados en la persona y no confrontacionales.
- Reconocen que las sustancias tienen propiedades gratificantes que pueden ocultar los peligros y los efectos negativos de largo plazo.
- Ayudan a las personas a resolver la ambivalencia sobre el tratamiento y a detener el uso de sustancias.

7.48

## Los Enfoques Motivacionales (Cont.)

- Utilizan la motivación interna de las personas para evocar y mantener un cambio rápido.
- Incluyen estrategias de resolución de problemas o centradas en soluciones que se basan en los éxitos pasados de las personas.

7.49

## Los Enfoques Motivacionales (Cont.)

**El/la Terapeuta** actúa como "coach" o consultor(a), en lugar de como una figura de autoridad

- Ayuda a la persona a descubrir, comprender y basarse en éxitos del pasado.

7.50

## Principales Técnicas de los Enfoques Motivacionales

- El enfoque FRAMES.
- Ejercicios de balance decisional.
- Identificación de discrepancias.
- Ritmo.
- Contacto personal con individuos que no están en tratamiento.

7.51

## La Entrevista Motivacional: Definición

- Técnica o estilo de consejería enfocado en crear un clima favorable para el cambio en un entorno centrado en la persona.
- La colaboración es su esencia:
  - Comunicarse en una relación asociativa.
  - El entrevistador(a) crea un ambiente interpersonal positivo.

Fuente: Miller, W.R. and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd Ed. The Guilford Press (2013)

7.52

## Los Principios de la EM

- Los cinco principios o conceptos primarios para mejorar la relación persona usuaria-terapeuta se resumen por el acrónimo de READS (en inglés):
  - **R**oll with resistance (Darle un giro a la resistencia);
  - **E**xpress empathy (Expresar Empatía);
  - **A**void arguments (Evitar discusiones);
  - **D**evelop discrepancy (Desarrollar discrepancia);
  - **S**upport self-efficacy (Favorecer la autoeficacia)

7.53

## La Terapia de Estimulación Motivacional (MET)

- La MET busca:
  - Ayudar a las personas a resolver la ambivalencia sobre ingresar y participar en el tratamiento y detener su uso de drogas.
  - Consolidar la decisión y el plan de cambio de la persona.
- El enfoque está centrado en la persona, pero las intervenciones son planificadas y dirigidas por el/la terapeuta.

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

7.54

## La MET y la definición de metas

- Los/las terapeutas no imponen ninguna meta absoluta.
- Los/las terapeutas  podrían orientar respecto a determinadas metas, tales como la abstinencia total.
- También se podría explorar una gama más amplia de "metas de vida".

7.55

## El concepto de la MET respecto de los problemas de TUS

- Los problemas de TUS se consideran comportamientos al menos parcialmente bajo el control voluntario de la persona usuaria.
- Se aplican los principios normales del cambio conductual.

7.56

## Resumen sobre la MET

- Se basa en los principios de la psicología cognitiva y social, donde el/la terapeuta:
  - Asume que la motivación interna es una condición necesaria y, a menudo, el único factor necesario para crear un cambio.
  - Ayuda a las personas a identificar discrepancias entre el comportamiento actual y las metas personales.
  - Pone énfasis en las declaraciones automotivacionales de la persona, tanto de su deseo como de su compromiso con el cambio.

7.57

## Efectividad de la MET

- Las investigaciones han comprobado que la MET es efectiva para hacer frente a las siguientes adicciones:
  - Alcohol
  - Marihuana.
  - Nicotina.

Fuente: U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide,* 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

7.58

## Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Motivacionales

- Asignación de temas para los grupos pequeños:
  - Grupo 1: Principales técnicas/aplicaciones
  - Grupo 2: Desafíos
  - Grupo 3: Visión general de las características
  - Grupo 4: Fortalezas

7.59

## Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Motivacionales

- Deberán realizar una síntesis del tema asignado:
  - En una *hoja de papelógrafo* para la presentación grupal.
  - En un *hoja de papel blanco* para colocar en la gráfica mural de la TCC
- Recursos para utilizar:
  - Sus manuales y notas.
  - Lo que ya saben sobre esta PBE.
  - La Página de Apoyo 7.3 (especialmente útil para las fortalezas y desafíos).

7.60

## Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Motivacionales

**Presentaciones**

7.61

## Participación de la Familia

- La *participación* de las familias no es un modelo, pero puede mejorar los resultados.
- La mayoría de los programas ofrecen algunos servicios para la familia.

7.62

## Servicios para la Familia

- Entre los servicios para la familia normalmente se incluyen:
  - Educación para la familia.
  - Grupos de apoyo a la familia.
  - Consejería para la familia.

7.63

## Participación de la Familia

- ¿Por qué creen que la participación de la familia es importante en el tratamiento de los TUS?

7.64

## Las familias pueden fortalecer la Recuperación

- Los miembros de la familia estaban involucrados con la persona usuaria *antes* del tratamiento
- Estarán involucrados con la persona usuaria *después* del tratamiento
- Los cambios en el funcionamiento de la familia pueden tener un impacto positivo en la recuperación.

7.65

## Metas de la Participación de la Familia

- Aprender sobre el TUS como una enfermedad crónica ayuda a los miembros de la familia a entender:
  - La forma en que los TUS se interrelacionan con los problemas familiares.
  - Las causas y efectos del TUS desde una perspectiva familiar.
  - Los patrones de las relaciones familiares podrían trabajar en contra de la recuperación.
  - La necesidad de prepararse para los desafíos de la recuperación inicial.
  - Las señales de alerta de recaídas.

7.66

## Metas de la Participación de la Familia — Parte II

- Ayudar a los miembros de la familia a:
  - Descubrir y trabajar sobre la base de las fortalezas de la familia.
  - Encontrar apoyo a largo plazo para ellos mismos.

7.67

## Las familias podrían tener necesidades específicas de intervención

- Los miembros de la familia podrían necesitar tratamiento ellos mismos antes de poder constituirse en un recurso.
- Muchas personas provienen de familias que:
  - Padecen TUS multigeneracionales u otros trastornos mentales.
  - Experimentan otros problemas, tales como pobreza, obstáculos para acceder al sistema socio-sanitario.
  - Tienen problemas de desesperanza y de vínculos dañados.

7.68

## La Familia y los Recursos

- Las familias poseen los recursos y el potencial para la recuperación.
- La intervención familiar debe enfocarse en el desarrollo de estos recursos y en el empoderamiento de los miembros de la familia.

7.69

## PBE de los Enfoques basados en la Familia

- Terapia Conductual de Pareja (TCP)
- Terapia Multisistémica (TMS) (adolescentes)
- Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) (adolescentes)
- Terapia Familiar Estratégica Breve (TFEB) (adolescentes)

7.70

## Terapia Conductual de Pareja (TCP)

- Supuestos:
- Las parejas íntimas pueden fortalecer la abstinencia.
- Reducir el estrés en la relación disminuye las posibilidades de recaída.

Fuente: O'Farrell, T. J., & Schein, A. Z. (2000). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. Journal of Substance Abuse Treatment, 18(1), 51–54.

7.71

## Los Componentes de un Programa de TCP

- Contrato de recuperación o de abstinencia.
- Actividades y asignación de tareas para mejorar la relación.
- Planificación de prevención de recaídas.

7.72

## Las Técnicas de un Programa de TCP

- Entre 15 y 20 sesiones de una hora durante un periodo de 5 a 6 meses para:
  - Evaluar el uso de sustancias desde la última sesión.
  - Examinar el cumplimiento del contrato de recuperación.
  - Discutir las tareas asignadas.
  - Discutir los problemas en las relaciones.
  - Presentar nuevos materiales.
  - Asignar nuevas tareas y luego analizarlas.

7.73

## Efectividad de la TCP

- La TCP es efectiva para:
  - Hombres con trastornos por uso de alcohol, y sus cónyuges.
  - Hombres y mujeres con trastornos por uso de drogas y sus parejas.

Fuente: U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

7.74

## Efectividad de la TCP

- En comparación con el tratamiento individual después de un año de seguimiento, la TCP produce mayor:
  - Asistencia al tratamiento.
  - Adherencia a la naltrexona en personas que usan opioides.
  - Tasas de abstinencia.
- La TCP también dio como resultado menos problemas relacionados con drogas, así como menos problemas de tipo legal y familiar.

7.75

## La Terapia Multisistémica (TMS)

- Un enfoque intensivo que se implementa en el hogar y en la comunidad.
- Se centra en cambiar el pensamiento y el comportamiento de:
  - Adolescentes con TUS
  - Sus padres/madres
- Utiliza estrategias cognitivo-conductuales y de desarrollo social.
- Se concentra en las fortalezas de la familia.

7.76

## Intervenciones de TMS

- Se realizan en el hogar para superar las altas tasas de deserción y se centran en:
  - Promover un comportamiento responsable.
  - Disminuir acciones irresponsables por parte de miembros de la familia.
  - Abordar lo que está sucediendo en ese momento en la vida del/de la adolescente.
  - Adoptar medidas inmediatas orientadas a problemas concretos.

7.77

## Intervenciones de TMS

- La TMS se centra en:
  - Evaluar patrones de comportamiento dentro y entre los elementos de la vida de un(a) adolescente que sustentan los problemas — familia, profesores(as), amigos(as), casa, escuela, y comunidad.
  - Construir relaciones de pares entre los/las adolescentes.
  - Adquirir habilidades académicas y vocacionales.

7.78

## Puntos Focales de la TMS

- *No* se enfoca en intentar obtener información sobre el pasado;
- *Ni* en culpar a la familia o etiquetar a los padres/madres;

**SINO EN**

- Empoderar a los cuidadores(as) como elemento clave del éxito a largo plazo;
- Establecer a los/las terapeutas de la TMS como únicos(as) responsables del éxito del tratamiento.

7.79

## Efectividad de la TMS

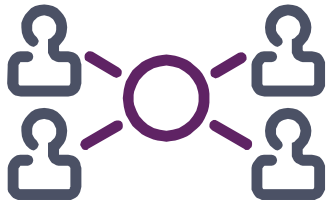
- Se ha comprobado que la TMS:
  - Reduce significativamente el uso de drogas en adolescentes durante, y al menos seis meses después del tratamiento.
  - Reduce el número de encarcelamientos y de internamiento de menores fuera del hogar.

Fuente: U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). *Principles of drug addiction treatment: A research-based guide*, 2nd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

7.80

## La Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) para Adolescentes

- El uso de sustancias por adolescentes considerado en términos de una red de influencias:
  - Individual
  - Familiar
  - Pares
  - Comunidad



7.81

## El Tratamiento con TFMD — para Adolescentes

- Las sesiones individuales y familiares se llevan a cabo en los hogares, las escuelas, los tribunales o la comunidad.
- El/la terapeuta y el/la adolescente trabajan en:
  - Ejercicios de desarrollo, tales como la toma de decisiones, la negociación y habilidades para la resolución de problemas.
  - Habilidades vocacionales.
  - Habilidades para comunicar los pensamientos y sentimientos.

7.82

## El Tratamiento con TFMD — para Padres/Madres

- Sesiones paralelas con los padres/madres para:
  - Examinar los estilos de crianza, aprendiendo a diferenciar la influencia del control.
  - Ejercer una influencia positiva y apropiada para el desarrollo de sus hijos/hijas.

7.83

## La Efectividad de la TFMD

- Los investigadores(as) han comprobado que la TFMD es efectiva para disminuir la gravedad de:
  - El uso de cannabis y de alcohol.
  - Los problemas relacionados con el abuso de sustancias.

Fuente: U.S. National Registry of Evidence-based Practices and Programs. (2011). *Multidimentional Family Therapy.* Rockville, Maryland: SAMHSA. (http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=16)

7.84

## La Terapia Familiar Estratégica Breve (TFEB)

- Se lleva a cabo en 12 a 16 sesiones.
- Está orientada a las interacciones familiares que contribuyen a mantener los TUS y otros comportamientos co-ocurrentes, tales como:
  - Problemas de conducta en casa y en la escuela.
  - Comportamiento oposicional.
  - Actividades ilícitas.
  - Relacionarse con pares antisociales.
  - Comportamientos agresivos y violentos.
  - Comportamiento sexual riesgoso.

7.85

## Técnicas de la TFEB

- Enfoque de sistemas familiares.
- El rol del/de la terapeuta: Identificar y cambiar los patrones de interacción familiar que favorecen los TUS.
- Enfoque flexible adaptado a una grama de situaciones familiares en diversos(as):
  - Entornos
  - Modalidades de tratamiento

7.86

## Manual de la TFEB

- La TFEB es un programa altamente estructurado que se ofrece a través de un manual.
- Se requiere capacitación específica para aplicar la TFEB

7.87

## Efectividad de la TFEB

- Sus principales beneficiarios han sido familias urbanas hispanas.
- Según investigaciones la TFEB es efectiva para:
  - Reducir el uso de marihuana y de sustancias en general.
  - Disminuir problemas de conducta.
  - Mejorar el funcionamiento de las familias.

U.S. National Registry of Evidence-based Practices and Programs. (2011) *Multidimentional Family Therapy.* Rockville, Maryland: SAMHSA. (http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=151)

7.88

## Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Basados en la Familia

- Temas para los grupos pequeños:
  - Grupo 1: Desafíos
  - Grupo 2: Fortalezas
  - Grupo 3: Principales técnicas/aplicaciones
  - Grupo 4: Visión general de las características

7.89

## Ejercicio en grupos pequeños: Enfoques Basados en la Familia

- Deberán realizar una síntesis del tema asignado:
  - En una *hoja de papelógrafo* para la presentación grupal.
  - En un *hoja de papel blanco* para colocar en la gráfica mural de los enfoques basados en la familia.
- Recursos para utilizar:
  - Sus manuales y notas
  - Lo que ya saben sobre esta PBE
  - La Página de Apoyo 7.5 (especialmente útil para las fortalezas y debilidades)

7.90

## El Manejo de Contingencias (MC)

- Se basa en el principio conductual de que recompensar un comportamiento lo refuerza o hace más probable que se repita
- En el tratamiento de los TUS, el MC significa que las personas usuarias tienen la oportunidad de ganar incentivos de bajo costo, o recompensas, por un comportamiento deseable.

7.91

## Perspectiva Conductual de los TUS

- El uso de sustancias se mantiene por:
  - Los efectos de reforzamiento positivo de la sustancia propiamente tal,
  - El refuerzo negativo de revivir el dolor de la abstinencia.
- La "atracción" de la dependencia y sus recompensas inmediatas son muy fuertes.

7.92

## Las recompensas de la abstinencia

- El proceso de mantenerse en la abstinencia tiene sus propias recompensas eventuales, entre ellas:
  - Un estilo de vida más sano.
  - Empleo y autosuficiencia.
  - Oportunidades educacionales.
  - Mantener relaciones positivas.

7.93

## Motivación a través de Recompensas

- Se requiere mucho tiempo para que una persona que intenta realizar grandes cambios de comportamiento pueda experimentar las recompensas *internas* de la abstinencia.
- Por esta razón, el MC usa otras recompensas para motivar:
  - La adherencia al tratamiento.
  - La abstinencia.
  - Los cambios en el estilo de vida.

7.94

## La Motivación en el MC

- Motiva cambios de comportamientos y abstinencia:
  - Recompensando sistemáticamente los comportamientos deseables.
- Los refuerzos son eventos u objetos positivos, placenteros y gratificantes.
- Los refuerzos negativos, como por ejemplo la eliminación de una multa o restricción, también son efectivos.

7.95

## Principios Rectores del Manejo de Contingencias

- Cada elemento del MC tiene técnicas únicas, pero todos se guían por una serie de principios rectores:
  - Identificar comportamientos que sean observables y medibles.
  - Seleccionar un cambio de comportamiento deseado que pueda cumplir con las metas del tratamiento.
  - Recompensar los pequeños cambios.

7.96

## Principios Rectores Adicionales

- Principios compartidos adicionales:
  - Escoger recompensas que sean importantes para las personas preguntándoles qué sería lo más deseable para ellas.
  - Premiar el comportamiento objetivo de forma inmediata.
  - Brindar refuerzos frecuentes.
  - Brindar todas las recompensas según lo acordado.
  - Utilizar series de recompensas escalonadas para proporcionar un mayor incentivo.

7.97

## Los Tipos de Manejo de Contingencias

- Existen varios tipos de MC con base en la investigación:
  - Acceso contingente a privilegios; por ejemplo, mediante un sistema de niveles crecientes de privilegios.
  - Distribución in situ de los premios.
  - Reembolsos o rebajas.
  - Vales u otros sistemas de economía de fichas.

7.98

## Desafíos del Manejo de Contingencias

- Identificar una recompensa para un comportamiento deseado que sea:
  - Práctica.
  - Disponible sin requerir demasiado costo o inversión de energía del personal.
  - Suficientemente duradera a lo largo del tiempo como para reemplazar o sustituir los efectos potentes, placenteros o reductores de dolor de la sustancia usada.

7.99

## El Refuerzo Comunitario (RC)

- Utiliza refuerzos sociales, recreativos, familiares y vocacionales, en lugar de recompensas materiales o privilegios dentro del programa.
- Se basa en la premisa de que los recursos ambientales pueden ser efectivos para cambiar el comportamiento de uso de sustancias.
- Tiene como componente fundamental un sólido manejo de casos.

7.100

## El Enfoque de RC con Vales

- Se encuentra documentado como una PBE:
  - Terapia intensiva ambulatoria de 24 semanas para tratar la adicción al alcohol y a la cocaína.
- Metas del tratamiento:
  - Mantener la abstinencia el tiempo suficiente para que la persona pueda aprender nuevas habilidades de vida que permitan mantenerla.
  - Reducir el consumo de alcohol en personas cuyos hábitos de beber están asociados al consumo de cocaína.

7.101

## El Enfoque del RC con el Formato de Vales

- Las personas asisten a una o dos sesiones de consejería individual cada semana, enfocándose en:
  - Mejorar las relaciones familiares.
  - Aprender las habilidades necesarias para reducir el uso de drogas y alcohol.
  - Recibir consejería vocacional.
  - Desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales.

7.102

## Otros Aspectos del Programa

- Se utilizan vales.
- Los vales pueden ser canjeados por mercancías acordes con un estilo de vida libre de cocaína.

7.103

## Resultados

- Se determinó que el enfoque de RC:
  - Facilita la participación de las personas en el tratamiento.
  - Promueve el aumento de los períodos de abstinencia de cocaína.

7.104

## Refuerzo Comunitario (RC): Efectividad

- Se ha comprobado que el RC es efectivo:
  - Con una variedad de poblaciones de adultos(as) y adolescentes.
  - Con una variedad de grupos étnicos.
  - En una variedad de entornos, tales como programas ambulatorios y residenciales, clínicas de mantenimiento con metadona y programas especializados para adolescentes.

7.105

## El MC en General: Efectividad

- El MC se ha documentado como una intervención efectiva para los TUS relacionados con:
  - Alcohol
  - Estimulantes
  - Opioides
  - Marihuana
  - Nicotina

7.106

## Ejercicio en grupos pequeños: Manejo de Contingencias (MC)

- Asignación de temas para los grupos pequeños:
  - Grupo 1: Visión general de las características
  - Grupo 2: Principales técnicas/aplicaciones
  - Grupo 3: Fortalezas
  - Grupo 4: Desafíos

7.107

## Ejercicio en grupos pequeños: Manejo de Contingencias

- Deberán realizar una síntesis del tema asignado:
  - En una *hoja de papelógrafo* para la presentación grupal.
  - En un *hoja de papel blanco* para colocar en la gráfica mural del MC.
- Recursos para utilizar:
  - Sus manuales y notas.
  - Lo que ya saben sobre esta PBE.
  - La Página de Apoyo 7.6 (especialmente útil para las fortalezas y debilidades).

7.108

## Terapia de Facilitación de los 12 Pasos

- "La terapia de facilitación de los doce pasos es una estrategia de compromiso activo diseñada para aumentar la probabilidad de que una persona que usa sustancias se incorpore y participe activamente en los grupos de autoayuda de los 12 pasos, promoviendo así la abstinencia".

NIDA. 2020, June 1. 12-Step Facilitation Therapy (Alcohol, Stimulants, Opiates). Extraído de https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-thirdedition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies/12-step on 2021, January 27.

7.109

## Terapia de Facilitación de los 12 Pasos: Tres ideas claves:

- Aceptación.
- Rendición.
- Participación activa en reuniones y actividades asociadas del programa de los 12 pasos.

NIDA. 2020, June 1. 12-Step Facilitation Therapy (Alcohol, Stimulants, Opiates). Extraído de https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-thirdedition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies/12-step on 2021, January 27.

7.110

## ¿Cómo se relacionan los programas de los 12 Pasos con el tratamiento formal?

- Los grupos de autoayuda pueden complementar y ampliar los efectos del tratamiento profesional.
- Los grupos de autoayuda más conocidos son los afiliados a Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA), todos ellos basados en el modelo de los 12 Pasos.
- La mayoría de los programas de tratamiento de la adicción a las drogas animan a las personas a participar en la terapia de grupos de autoayuda durante y después del tratamiento formal.

7.111

## Efectividad

- Los resultados de una serie de estudios empíricos corroboran los resultados de las encuestas a miembros de grupos de apoyo mutuo.
- La participación en AA y NA se asocia con una mayor probabilidad de abstinencia, a menudo durante períodos prolongados de hasta 16 años, un mejor funcionamiento psicosocial y mayores niveles de autoeficacia.

Fuente: Humphreys, 2003; Humphreys et al., 2004; Kaskutas, 2009; Krentzman et al., 2010; Owen et al., 2003; Moos & Moos, 2006), En Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. Social work in public health, 28(3-4), 313–332. https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774663

7.112

## Ejercicio de Reflexión

- ¿Qué fue lo más importante que aprendieron hoy?
- ¿Qué cosa los/las sorprendió?
- ¿Sobre qué les gustaría saber más?

7.113

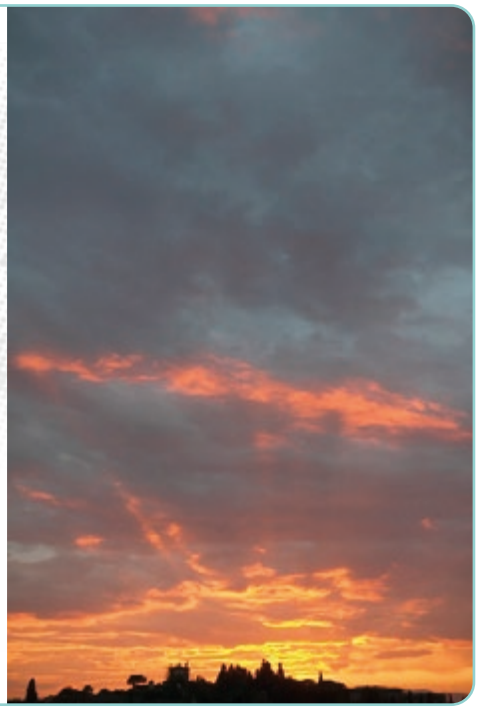
## Síntesis del Día 4

- ¡Muchas gracias por su participación en el día de hoy!
- ¿Alguien tiene alguna pregunta o comentario antes de terminar el día?

7.114

# Día 5: Módulo 7

¡Bienvenidos(as) a su último día de capacitación!



## Modalidades e intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia (OMS)

- Las intervenciones farmacológicas.

7.116

## La Farmacoterapia

- La farmacoterapia se define como el uso de sustancias psicoactivas médicamente prescritas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y conductuales.
- También se conoce como tratamiento asistido por medicamentos (TAM).

7.117

## ¡Recuerden!

- Los medicamentos deben ser prescritos por un(a) profesional clínico.
- No es un tratamiento autónomo.
- Debe combinarse con consejería (Terapia Cognitivo-Conductual y Manejo de Contingencias) y con manejo de casos.

7.118

## El Tratamiento Asistido por Medicamentos (TAM)

Opciones de TAM:

- TAM para Trastornos por Uso de Opioides.
- TAM para Trastornos por Consumo de Alcohol.
- TAM para Trastornos por Consumo de Tabaco.

7.119

## TAM para Trastornos por Uso de Opioides

| Naltrexona | Buprenorfina | Metadona |
|---|---|---|
| La naltrexona bloquea los efectos de los opioides evitando que la persona sienta la euforia de los agonistas opioides. Para evitar los signos y síntomas inmediatos y graves de la abstinencia de opioides, la persona debe estar desintoxicada médicamente y libre de opioides durante varios días antes de empezar a tomar naltrexona. La adherencia a la naltrexona oral suele ser baja. | La buprenorfina reduce o elimina los signos y síntomas de abstinencia sin producir la euforia y sedación causadas por la heroína u otros opioides. | La metadona es el medicamento más antiguo para el tratamiento de los problemas de uso de opioides.<br>La metadona puede utilizarse como parte de un proceso de desintoxicación, o como medicación a largo plazo para tratar los problemas del uso de opioides.<br>La metadona se encuentra en la lista de medicamentos esenciales de la OMS. |

7.120

## TAM para Trastornos por Uso de Opioides

| Naltrexona | Buprenorfina | Metadona |
|---|---|---|
| **Advertencia:**<br>La adherencia de las personas a la naltrexona, especialmente en su forma de medicación oral, ha presentado dificultades. Para facilitar la adherencia a la terapia con naltrexona por parte de las personas usuarias, se han creado fórmulas inyectables o de acción prolongada de naltrexona. | **Advertencia:**<br>La buprenorfina puede ser usada indebidamente y algunas personas podrían intentar inyectársela. Por ello, las fórmulas de buprenorfina incluyen naloxona (un antagonista opioide como la naltrexona) para que, si se inyecta el medicamento de buprenorfina, se produzca rápidamente la abstinencia de opioides y se desaliente así su uso indebido. | **Advertencia:**<br>El tratamiento con metadona suele realizarse en entornos específicos (p. ej., en clínicas de mantenimiento con metadona). En algunos países, las personas que han sido estabilizadas con metadona participan en programas supervisados para llevar a casa la metadona, a través de los cuales la persona se lleva a casa varios días o una semana de metadona. A veces, resulta costoso o difícil para las personas obtener sus medicamentos todos los días. |

7.121

## TAM para Trastornos por Consumo de Alcohol

| Naltrexona | Disulfiram | Acamprosato |
|---|---|---|
| La naltrexona es un medicamento que se puede utilizar para ayudar a reducir el consumo excesivo de alcohol. Los candidatos a esta medicación son aquellas personas que pueden empezar y mantenerse libres de alcohol en un entorno ambulatorio antes de comenzar con la naltrexona. | El disulfiram bloquea la descomposición (metabolismo) del alcohol en el organismo, provocando síntomas desagradables tales como náuseas y enrojecimiento de la piel. Entre las personas que podrían usar este medicamento se incluyen personas dependientes del alcohol que han completado el período de abstinencia. Idealmente, los candidatos(as) para usar disulfiram deberán estar comprometidos(as) a permanecer libres de alcohol y dispuestos(as) a tomar disulfiram bajo la supervisión de un miembro de la familia o de un programa de tratamiento. | El acamprosato puede hacer más fácil que las personas se mantengan sin alcohol. Los candidatos incluyen a las personas que:<br>○ están libres de alcohol al comienzo del tratamiento<br>○ están libres de alcohol después de una abstinencia aguda; y<br>○ están comprometidos(as) con la recuperación.<br>Además, para las personas que sufren una recaída en el uso durante el tratamiento con acamprosato podría ser beneficioso continuar con el medicamento. |

7.122

## TAM para Trastornos por Consumo de Alcohol

| Naltrexona | Disulfiram | Acamprosato |
|---|---|---|
| **Advertencia:**<br>○ Hipersensibilidad a la droga<br>○ Uso de analgésicos narcóticos<br>○ Enfermedad hepática<br>○ Abstinencia aguda de opio. | **Advertencia:**<br>○ Hipersensibilidad a la droga<br>○ Enfermedad hepática significativa<br>○ Todavía hay alcohol en el organismo<br>○ Psicosis<br>○ Enfermedad arterial coronaria<br>○ Diabetes | **Advertencia:**<br>○ Hipersensibilidad a la droga<br>○ insuficiencia renal (la dosis podría ser modificada)<br>○ Para ser utilizada solo con adultos(as) mayores o con personas con depresión, únicamente cuando los beneficios potenciales justifiquen el riesgo potencial. |

7.123

## TAM para Trastornos por Consumo de Tabaco

| Vareniclina | Bupropión |
|---|---|
| La vareniclina es una droga desarrollada específicamente para el tratamiento del tabaquismo; actúa como agonista parcial de los receptores colinérgicos nicotínicos, por lo que funciona reduciendo los efectos placenteros de la nicotina. Debido a que es un agonista parcial, libera menos dopamina en el núcleo accumbens, y su mayor afinidad con el receptor nicotínico bloquea la acción de la nicotina en el momento de fumar, debilitando así la recompensa asociada al consumo de tabaco. | El bupropión es un antidepresivo atípico que inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina. También ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la dependencia de tabaco incluso en personas sin depresión previa. |

7.124

## TAM para Trastornos por Consumo de Tabaco

| Vareniclina | Bupropión |
|---|---|
| **Advertencia:**<br>Utilizar con precaución en personas:<br>o Con insuficiencia renal significativa<br>o Con enfermedades psiquiátricas graves<br>o Sometidos(as) a diálisis<br>*Advertencia de la Administración de Alimentos y Fármacos de los Estados Unidos (FDA): Las personas en tratamiento con vareniclina han informado de un estado de ánimo deprimido, agitación, cambios de comportamiento, ideación suicida y suicidio.<br>*Consultar www.fda.gov para obtener más información sobre el uso seguro recomendado de la Vareniclina.<br>Los efectos secundarios incluyen náuseas, insomnio; sueños anormales, de gran intensidad o extraños. | **Advertencia:**<br>No se debe usar si la persona:<br>o Actualmente utiliza un inhibidor de la monoaminooxidasa (IMAO)<br>o Usa bupropión en cualquier otra forma<br>o Tiene antecedentes de convulsiones<br>o Tiene antecedentes de trastornos alimentarios<br>* Ver la advertencia del prospecto de la FDA sobre la suicidalidad y las drogas antidepresivas cuando se utilizan en niños, niñas, adolescentes y adultos(as) jóvenes.<br>Los efectos secundarios incluyen sequedad bucal e insomnio |

7.125

## Ejercicio en grupos pequeños: La Farmacoterapia para la Dependencia

- Grupo 1: Principales técnicas/aplicaciones
- Grupo 2: Desafíos
- Grupo 3: Visión general de las características
- Grupo 4: Fortalezas

7.126

## Ejercicio en grupos pequeños: La Farmacoterapia para la Dependencia

- Deberán realizar una síntesis del tema asignado:
  - En una *hoja de papelógrafo* para la presentación grupal.
  - En un *hoja de papel blanco* para colocar en la gráfica mural de la TCC.
- Recursos para utilizar:
  - Sus manuales y notas
  - Lo que ya saben sobre esta PBE
  - La Página de Apoyo 7.7 (especialmente útil para las fortalezas y debilidades)

7.127

## Modalidades e intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia (OMS)

- El Manejo de la Recuperación
  - El manejo de la recuperación implica reuniones o llamadas telefónicas periódicas de control o seguimiento (chequeos), llevadas a cabo por un(a) terapeuta del tratamiento del uso de sustancias. Los chequeos pueden ayudar a sostener la recuperación y evitar recaídas.
  - Existe evidencia de que los chequeos de recuperación son métodos efectivos para manejar la recuperación a lo largo del tiempo, y que son estrategias rentables y potencialmente ahorrativas para promover la abstinencia y reducir el uso de sustancias entre las personas con trastornos por uso de sustancias

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, International standards for the treatment of drug use disorders
White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott and Laudet, 2014; Garner et al., 2014

7.128

## Ejercicio en grupos pequeños: Las PBE

- Formar nuevos grupos pequeños de cuatro o cinco personas que trabajen en *la misma área*.
- Reubicarse en esos grupos.
- Escoger un facilitador(a) para asegurarse de que todos(as) tendrán la oportunidad de participar.
- Seleccionar a un(a) representante para las presentaciones.

7.129

## Ejercicio en grupo grande: Preguntas relativas a las PBE

- ¿Qué PBE están utilizando en sus organizaciones y áreas?
- ¿De acuerdo con sus perspectivas organizacionales, regionales y culturales, qué PBE serían *las más difíciles* de implementar? ¿Cuáles son algunos de los desafíos?

7.130

## *Página de Apoyo 7.1:*

### *Normas de Consenso para el Tratamiento de los Trastornos por Uso de Alcohol, Tabaco y Drogas del U.S. National Quality Forum 2007 (Foro Nacional de Calidad, EE.UU, 2007)*[1].

Una de las iniciativas más ambiciosas para dar respuesta al tratamiento deficiente de los trastornos por uso de sustancias en los Estados Unidos fue el llamado a desarrollar prácticas basadas en la evidencia, realizado en el 2007 por el Foro Nacional de Calidad (NQF), que ofrece orientación a 400 organizaciones de los Estados Unidos, entre ellas:

- Grupos de consumidores y de personas usuarias;
- Sistemas de salud y compradores; y
- Organizaciones de investigación y mejoramiento de la calidad.

Con el apoyo financiero de la Fundación Robert Wood Johnson, el NQF desarrolló estándares consensuados para el tratamiento de los trastornos por uso de alcohol, tabaco y drogas. Los estándares para la intervención requieren de prácticas basadas en evidencia en cuatro áreas:

1. Identificación de las condiciones del uso de sustancias; incluyendo:
   - Detección sistemática del uso de alcohol, tabaco y drogas; y
   - Diagnóstico y evaluación de individuos cuyo proceso de detección resultó positivo.
2. Inicio y participación en el tratamiento, incluyendo:
   - Intervenciones breves para el uso excesivo de alcohol;
   - Apoyo para la participación en el tratamiento; y
   - Farmacoterapia para el manejo de la abstinencia.
3. Intervenciones terapéuticas para tratar los trastornos por uso de sustancias, incluyendo:
   - Tratamientos psicosociales validados empíricamente; y
   - Farmacoterapia para el uso de alcohol, tabaco y drogas.
4. Manejo de la atención continua de los trastornos por uso de sustancias, incluyendo:
   - Atención de largo plazo; y
   - Manejo de la atención continua y monitoreo.

1 National Quality Forum. (2007). National voluntary consensus standards for the treatment of substance use conditions: Evidence-based treatment practices. Washington, DC: Author.

El NQF concluyó que:

1. Se deben iniciar intervenciones de tratamiento psicosocial validadas empíricamente para todas las personas con trastornos por uso de sustancias, orientadas a:
   - El abandono o disminución del uso de sustancias;
   - Un mejor funcionamiento social y psicológico;
   - La prevención de recaídas o el retraso de éstas; y
   - La retención en el tratamiento.
2. Se deberán implementar enfoques empíricamente validados para el tratamiento efectivo de los trastornos por uso de sustancias, que incluyan:
   - Terapias Cognitivo-Conductuales;
   - Terapia de Estimulación Motivacional;
   - Manejo de Contingencias;
   - Terapia de Facilitación de los 12 Pasos; y
   - Terapias de pareja y de la familia.
3. La entrega de terapias con un enfoque empático y de apoyo podría ser tan importante como la técnica psicosocial específica que se utiliza.
4. La farmacoterapia de apoyo, basada en evaluaciones sistemáticas de los síntomas y del riesgo de consecuencias adversas, deberá estar disponible y proporcionarse para manejar esos síntomas y las consecuencias adversas de la abstinencia e incluir:
   - Disminución progresiva de la metadona o de la buprenorfina para la abstinencia de opioides;
   - Metadona y buprenorfina para la dependencia de opioides;
   - Benzodiacepinas para el manejo de la abstinencia de alcohol;
   - Naltrexona y acamprosato para la dependencia del alcohol;
   - Terapia de reemplazo de nicotina, con bupropion; y
   - Vareniclina para abandonar el uso de tabaco.
5. Las intervenciones deberán promover activamente la participación en iniciativas de apoyo comunitario e incluir:
   - Grupos familiares, de los 12 Pasos u otros grupos de ayuda mutua; y
   - Apoyo espiritual.

## *Página de Apoyo 7.2:*

### *Principios Basados en la Evidencia para el Tratamiento de Personas con Uso Problemático de Sustancias del U.S. National Quality Forum 2008 (Foro Nacional de Calidad, EE.UU, 2008)[2].*

En el 2008, el National Quality Forum (NQF) publicó un documento de consenso en el que se señalan 11 principios basados en la evidencia para el tratamiento de personas con trastornos por uso de sustancias. Estos principios se pueden organizar en las siguientes 4 áreas:

- Identificación de las condiciones del uso de sustancias

  1. Durante las reuniones con nuevas personas y al menos anualmente, se debe investigar el consumo riesgoso de alcohol, los problemas y las enfermedades asociadas al consumo de alcohol, así como cualquier consumo de tabaco que presenten las personas atendidas en servicios de salud física y mental.
  2. Para identificar a las personas que usan drogas, los proveedores(as) de atención de la salud deberán emplear un método sistemático que considere factores epidemiológicos y comunitarios, así como las consecuencias potenciales del uso de drogas para la salud de aquellas poblaciones específicas.
  3. Las personas que den un resultado – o un indicio – positivo de un problema o trastorno por uso de sustancias también deberán someterse a una evaluación para confirmar la existencia de un problema y determinar un diagnóstico. Las personas diagnosticadas con un trastorno por uso de sustancias deberán someterse a una evaluación biopsicosocial multidimensional para guiar el diseño de un plan de tratamiento centrado en la persona para el trastorno por uso de sustancias y cualquier condición existente.

- Inicio y adherencia al tratamiento

  4. Según las Pautas Clínicas [vigentes en el país], todas las personas identificadas con consumo abusivo de alcohol y/o consumo de tabaco, deberán recibir una intervención breve de consejería motivacional realizada por un trabajador(a) de la salud entrenado(a) en esta técnica.
  5. Los/las profesionales de la salud deberán promover sistemáticamente el inicio y la adherencia al tratamiento para los trastornos por uso de sustancias. Las personas con trastornos por uso de sustancias deberán recibir servicios de apoyo para facilitar su participación en el tratamiento.
  6. La farmacoterapia de apoyo deberá estar disponible y ser proporcionada para manejar los síntomas y las consecuencias adversas del síndrome de abstinencia, basándose en la evaluación sistemática de los síntomas y el riesgo de consecuencias adversas graves relacionadas con el síndrome de abstinencia. El manejo del síndrome de abstinencia por sí solo no constituye un tratamiento de la dependencia y deberá estar vinculado al tratamiento del trastorno por uso de sustancias.

2 NQF (2008) National Voluntary Consensus Standards for the Treatment of Substance Use Conditions: Evidence-Based Treatment Practices. National Quality Forum, Washington D.C. (http://www.rwjf.org/content/dam/farm/reports/program_results_reports/2011/rwjf71531; recuperado en abril de 2013)

- Intervenciones terapéuticas para tratar los trastornos por uso de sustancias

  **7.** Se deberán iniciar tratamientos psicosociales empíricamente validados [basados en la evidencia] con todas las personas con trastorno por uso de sustancias.

  **8.** La farmacoterapia debe ser recomendada y estar disponible para todas las personas adultas diagnosticadas con dependencia de opioides y que no presenten contraindicaciones médicas. La farmacoterapia, si se prescribe, debe proporcionarse adicionalmente al tratamiento/apoyo psicosocial y estar directamente relacionada con él.

  **9.** La farmacoterapia debe ser recomendada y estar disponible para todas las personas adultas diagnosticadas con dependencia de alcohol y que no presenten contraindicaciones médicas. La farmacoterapia, si se prescribe, debe proporcionarse adicionalmente al tratamiento/apoyo psicosocial y estar directamente relacionada con él.

  **10.** La farmacoterapia debe ser recomendada y estar disponible para todas las personas adultas diagnosticadas con dependencia de la nicotina (incluyendo aquellas personas con otras condiciones de uso de sustancias) y que no presenten contraindicaciones médicas. La farmacoterapia, si se prescribe, debe proporcionarse adicionalmente a la intervención breve de consejería motivacional y estar directamente relacionada con ella.

- Continuidad del manejo de casos para el trastorno por uso de sustancias[3]

  **11.** A las personas con trastorno por uso de sustancias se les deberá ofrecer un manejo de casos de largo plazo para el tratamiento del trastorno por uso de sustancias y de cualquier otra afección coexistente, y este manejo de casos deberá adaptarse o basarse en el seguimiento continuo del progreso de la persona.

3 U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Volume 3: Bethesda, MD: Author.

# *Página de Apoyo 7.3:*
## *Terapia Cognitivo-Conductual* [4] [5]

### *Visión General*

- La TCC fusiona dos modelos de tratamiento — la terapia cognitiva y la terapia conductual.
- La *terapia cognitiva,* desarrollada originalmente por Aaron Beck para tratar la depresión, se basa en la teoría de que las personas suelen tener creencias, suposiciones y pensamientos automáticos que influyen en su comportamiento, pero que pueden ser poco útiles e irreales.
- La terapia cognitiva sostiene que los pensamientos y las interpretaciones de una persona provocan sentimientos y comportamientos.
- Una creencia nuclear de la terapia cognitiva es que las personas pueden mejorar su forma de pensar (y de sentir y de actuar), aún si la situación externa no cambia.
- La *terapia conductual*, conceptualizada por primera vez por Ivan Pavlov y perfeccionada por B. F. Skinner y otros, trata los trastornos emocionales y conductuales como respuestas aprendidas que pueden ser sustituidas por respuestas saludables con un entrenamiento adecuado.
- La terapia conductual ayuda a las personas a identificar los comportamientos que no les ayudan y a probar nuevas formas de comportarse.
- La terapia conductual puede incluir una serie de técnicas de relajación y de afrontamiento.
- La TCC se basa en la creencia de que se puede ayudar a la persona a reconocer y desechar los pensamientos, emociones y comportamientos aprendidos de autoderrota que están causando disfunciones en su vida.
- Aunque otros modelos de terapia intentan abordar las razones por las que un individuo hace lo que hace, las interrogantes centrales de la TCC son:
  - ¿Qué lo mantiene haciendo esto?
  - ¿Cómo cambian las personas?
- La pregunta relativa al “qué” se refiere a los reforzadores que mantienen los patrones de pensamiento, afecto y comportamiento. La pregunta relativa al cómo está relacionada con la construcción de habilidades.
- El enfoque de la TCC para tratar los TUS se centra en enseñar a las personas habilidades que les ayuden a reconocer y reducir los riesgos de recaída, a mantener la abstinencia, a resolver problemas y a mejorar la autoeficacia (la capacidad de la persona para reconocer sus fortalezas y creer que el cambio es posible).

4 Beck, A. T. (1976). Cognitive therapy and emotional disorders. New York: International Universities Press.

5 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2010). Principles of drug addiction treatment: A research guide: Evidence-based approaches to drug addiction treatment: Cognitive-behavioral therapy. Extraído en octubre 17, 2010, de http://www.nida.nih.gov/podat/Evidence2.html

### *Principales técnicas*

- Entre las técnicas específicas que ayudan a las personas s a abordar sus TUS se incluyen:
  - Formular preguntas y enseñar a las personas a hacerse preguntas para explorar la relación de su pensamiento con sus respuestas emocionales. Ejemplo: ¿Cómo sé si esas personas realmente se están riendo de mí? ¿Hay alguna otra explicación posible? ¿Podrían estar riéndose de otra cosa?
  - Explorar las consecuencias positivas y negativas del uso continuo de sustancias;
  - Enseñar a las personas habilidades de automonitoreo para reconocer a tiempo los *cravings* o deseos intensos de consumir sustancias y para identificar situaciones de alto riesgo de consumo;
  - Desarrollar estrategias para evitar o afrontar situaciones de alto riesgo que detonen el deseo de usar sustancias;
  - Anticipar posibles problemas que podrían desencadenar un desliz o una recaída;
  - Desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces (como por ejemplo algunas técnicas de relajación) para los problemas de la vida en general que podrían desencadenar sus TUS; y
  - Enseñar habilidades para la resolución de problemas.
- La asignación de tareas es una parte importante de los enfoques de la TCC. A las personas se les asignan tareas de lectura; se les pide hacer seguimiento de determinados comportamientos y pensamientos; y practicar nuevas habilidades.
- La TCC también se aplica a otros desafíos de la recuperación, como la reparación de las relaciones y el afrontamiento de las emociones.
- Un tipo específico de enfoque de la TCC es la terapia cognitiva-conductual de habilidades de afrontamiento, desarrollada originalmente para el trabajo con personas con trastornos por el uso de alcohol[6].
- La TCC de habilidades de afrontamiento es un enfoque estructurado y manualizado (basado en un manual).
- Cada sesión de la terapia de habilidades de afrontamiento incluye un análisis de la lógica, orientación sobre habilidades específicas, ensayos conductuales, juegos de roles, y otros ejercicios prácticos sobre un tema en particular, como por ejemplo:
  - El manejo de los pensamientos sobre las sustancias y su consumo;
  - La resolución de problemas;
  - Las habilidades para rechazar las sustancias;
  - La planificación para el manejo de emergencias y recaídas; y
  - Las decisiones aparentemente irrelevantes.

6 U.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Volume 3: Bethesda, MD: Author.

### *Fortalezas y Desafíos*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| La TCC involucra activamente a las personas en la terapia y el aprendizaje experiencial. | Las personas con escasas habilidades cognitivas o reducida capacidad lectora podrían requerir alternativas para las tareas escritas. |
| La TCC es adecuada para personas con diversos antecedentes y con diferentes historias de uso de alcohol y de drogas. | El enfoque requiere capacitación específica del/de la terapeuta en los principios y técnicas de la TCC. |
| La TCC proporciona métodos estructurados para percibir los desencadenantes de recaídas y prepararse para esas situaciones. | La motivación de la persona resulta esencial debido a la gran cantidad de tareas asignadas. |
| La TCC puede ayudar a las personas en un gran número de situaciones de la vida cotidiana. | La TCC se desarrolló como un enfoque de consejería individual, no grupal. |
| La asignación de una gran variedad de tareas permite a las personas practicar y evaluar nuevos comportamientos en sus propios entornos. | |

# *Página de Apoyo 7.4:*
## *Enfoques Motivacionales*[7]

### *Visión General*

- Los enfoques motivacionales (la entrevista motivacional [EM] y la terapia de estimulación motivacional [TEM]) se basan en la premisa de que: el cambio se produce en etapas, la motivación para el cambio varía con el tiempo; y la motivación puede estimularse.
- Los enfoques motivacionales se basan en los principios de la psicología motivacional y en el modelo transteórico del cambio, también conocido como modelo de las etapas del cambio, que fue desarrollado por James Prochaska y Carlos DiClemente y analizado en el Módulo 2 (para revisar las etapas del cambio, consultar la Página de Apoyo 2.2: Características de las Personas en Cada Etapa del Cambio).
- Los enfoques de consejería motivacional son métodos de consejería centrados en la persona que utilizan métodos no directivos. Estos enfoques usan estrategias que:
  - Reconocen que las sustancias de abuso tienen propiedades gratificantes que pueden enmascarar, al menos temporalmente, sus daños y efectos negativos de largo plazo;
  - Ayudan a las personas a resolver la ambivalencia sobre involucrarse en el tratamiento y abandonar el uso de sustancias;
  - Utilizan la motivación interna de las personas para evocar y mantener un cambio rápido; y
  - No se centran en el descubrimiento, la interpretación y la orientación de la terapeuta.
- Los enfoques motivacionales operan bajo la creencia de que el cambio se genera a través de la voluntad y la motivación de la persona.
- Los enfoques motivacionales suelen incluir otras estrategias de resolución de problemas u orientadas a soluciones que se basan en los éxitos pasados de las personas.
- El/la terapeuta actúa como “coach” o consultor(a), en lugar de como una figura de autoridad

### *Principales técnicas*

- A través de la escucha empática y de hábiles entrevistas, el/la terapeuta motivacional anima a la persona a:
  - Identificar discrepancias entre metas de vida significativas y las consecuencias de los TUS;
  - Creer en sus capacidades para cambiar;
  - Escoger entre las estrategias y opciones disponibles; y
  - Asumir la responsabilidad de iniciar y sostener comportamientos personales saludables.

---

7 Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1994). Motivational Enhancement Therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (NIH Publication No. 94-3723). Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. Extraído de http://casaa.unm.edu/manuals/met.pdf

SAMHSA, USA (2006).Treatment Improvement Protocol (TIP) No.47. CSAT. Rockville (MD)

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Extraído en marzo 22, 2017

https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-basedguide/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral2

- Los/las terapeutas plantean interrogantes a las personas de una forma que solicita información y al mismo tiempo fortalece su motivación y compromiso con el cambio positivo.
- El enfoque FRAMES: El acrónimo FRAMES recuerda al/a la terapeuta motivacional su papel y sus responsabilidades durante el tratamiento.
- Ejercicios de balance decisional: se refieren al concepto de explorar los pros y los contras – o beneficios y desventajas – del cambio. En el contexto de la recuperación del uso de sustancias, la persona sopesa los pros y los contras de cambiar o no el comportamiento de uso de sustancias. El propósito de explorar los pros y los contras de un problema de uso de sustancias es inclinar la balanza hacia una decisión de cambio positivo.
- Identificación de discrepancias: una forma de aumentar la motivación para el cambio es ayudando a las personas a reconocer una discrepancia o brecha entre sus metas futuras y su comportamiento actual. El/la terapeuta podría aclarar esta discrepancia preguntando: ¿cómo se compatibiliza su consumo de alcohol con tener una familia feliz y un trabajo estable?
- Ritmo: cada persona avanza por las etapas del cambio a su propio ritmo. El concepto de ritmo requiere que un(a) terapeuta se adapte al nivel de la persona usuaria y utilice tanto o tan poco tiempo como sea necesario en las tareas esenciales de cada etapa de cambio. Por ejemplo, algunas personas podrían necesitar sesiones frecuentes al principio del tratamiento y menos después. Si un(a) terapeuta presiona a una persona a un ritmo más rápido de lo que ella está preparada, la relación entre el/la terapeuta y la persona podría romperse.
- Contacto personal con individuos que no están en tratamiento: las intervenciones motivacionales pueden incluir actividades simples diseñadas para mejorar la continuidad del contacto entre el/la terapeuta y la persona así como fortalecer la relación.

Las actividades pueden incluir cartas personales o llamadas telefónicas del/de la terapeuta a la persona. La investigación ha demostrado que estas sencillas intervenciones para aumentar la motivación son efectivas para alentar a las personas a volver a otra consulta clínica, a retomar el tratamiento después de haber faltado a una cita, a seguir participando en el tratamiento y a aumentar la adherencia al mismo.

### *La Entrevista Motivacional*

- La Entrevista Motivacional (EM) es una técnica o estilo de consejería enfocado en crear un clima favorable para el cambio.
- La esencia de la entrevista motivacional está en su naturaleza colaborativa, donde la comunicación es de tipo asociativo y donde el entrevistador busca crear una atmósfera interpersonal positiva.
- En la EM existen cinco principios fundamentales. No se trata de etapas, sino de conceptos que deben aplicarse en todo momento para mejorar la relación entre el/la terapeuta y la persona. Normalmente se resume con el acrónimo de READS (leer en inglés):
  - **R**oll with resistance (Darle un giro a la resistencia);
  - **E**xpress empathy (Expresar empatía);
  - **A**void arguments (Evitar discusiones);
  - **D**evelop discrepancy (Desarrollar discrepancia); y
  - **S**upport self-efficacy (Apoyar la autoeficacia).

- Para poner en práctica estos cinco principios, los/las terapeutas de TUS utilizan cuatro habilidades o métodos terapéuticos básicos en la entrevista motivacional:
  - La escucha reflexiva o la respuesta a lo expresado por un usuario(a), comunicando de vuelta la esencia o un aspecto especifico de lo que éste / ésta expresó.
  - La formulación de preguntas abiertas;
  - La validación; y
  - El resumen.

### *La Terapia de Estimulación Motivacional*

- La terapia de estimulación motivacional es otro de los enfoques motivacionales que los investigadores(as) han documentado como efectivos. La MET busca ayudar a las personas a:
  - Crear su propia motivación para el cambio; y
  - Consolidar una decisión y un plan de cambio personal.
- Este enfoque también se centra principalmente en la persona usuaria, pero las sesiones de consejería son planificadas y dirigidas por el/la terapeuta.
- En el tratamiento de los TUS, los/las terapeutas de la MET buscan modificar el uso perjudicial de drogas y alcohol. Debido a que cada persona establece sus propias metas:
  - Ningún(a) terapeuta que utilice la MET impondrá una meta absoluta.
  - Los/las terapeutas de la MET podrían aconsejar determinadas metas, tales como la abstinencia total.
  - También se podría explorar una gama más amplia de metas “de vida”, como por ejemplo, encontrar un trabajo o reunirse con miembros de la familia.
- En la MET los problemas se consideran como comportamientos al menos parcialmente bajo el control voluntario de la persona. Por lo tanto, se aplican los principios normales del cambio de comportamiento.
- La Terapia de Estimulación Motivacional se basa en los principios de la psicología cognitiva y social. El/la terapeuta de MET:
  - Busca ayudar a las personas a percibir discrepancias entre el comportamiento actual y las metas personales significativas; y
  - Pone énfasis en las declaraciones automotivacionales de la persona, tanto de su deseo como de su compromiso con el cambio.
- El/la terapeuta de la MET trabaja partiendo de la base de que la motivación interna no sólo es necesaria, sino que a menudo es el único factor necesario para crear el cambio.

### *Fortalezas y Desafíos*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| La EM y la MET se centran en la persona usuaria y se ajustan a los intereses personales de éstas. | La EM y la MET dependen en gran medida de las capacidades y de los niveles de autoconciencia de las personas. |
| La EM y la MET se enfocan en metas realistas y alcanzables. | Los instrumentos de evaluación orientados a problemas que se utilizan habitualmente no son compatibles con un enfoque motivacional. |
| La EM y la MET promueven la autoeficacia y la autosuficiencia de las personas. | Los enfoques motivacionales requieren niveles significativos de capacitación y supervisión continua del personal. |
| La EM y la MET ponen énfasis en el apoyo positivo y empático que no perjudique o provoque el enojo de las personas. | Los enfoques motivacionales podrían ser difíciles de combinar con enfoques que esperan adherencia a metas impuestas por el programa. |
| | La EM y otros enfoques motivacionales se desarrollaron como enfoques individuales; su efectividad para su uso en grupos no ha sido comprobada. |

## *Página de Apoyo 7.5:*
### *Enfoques de la Atención Basada en la Familia*[8] [9] [10] [11] [12]

### *Visión General*

- Aunque el simple involucramiento de la familia no es un "modelo" específico de tratamiento, los estudios demuestran que la participación de la familia en el tratamiento mejora los resultados.
- La mayor parte de los programas ofrecen educación de la familia, grupos de apoyo a la familia, y consejería para la familia como parte de su enfoque. Algunos programas, particularmente aquellos que se enfocan en adolescentes, podrían utilizar primordialmente un enfoque de terapia basado en la familia.
- Los servicios basados en la familia aseguran que el funcionamiento familiar se ajuste e influya positivamente en la recuperación de la persona usuaria.
- Una de las metas principales de involucrar a las familias en el tratamiento es aumentar la comprensión de sus miembros del trastorno por uso de sustancias de la persona usuaria como una enfermedad crónica.
- Los servicios basados en la familia pueden:
  - Aumentar el apoyo de la familia a la recuperación de la persona usuaria. Las sesiones familiares pueden incrementar la motivación de la persona usuaria para su recuperación, especialmente en la medida en que la familia se da cuenta de que el trastorno por uso de sustancias de la persona está interrelacionado con los problemas en la familia.
  - Identificar y apoyar un cambio en los patrones familiares que trabajan en contra de la recuperación. Los patrones de las relaciones entre los miembros de la familia pueden trabajar en contra de la recuperación de la persona usuaria al apoyar el uso de sustancias de ésta, a través de conflictos familiares y de coaliciones inapropiadas.
  - Preparar a los miembros de la familia sobre qué esperar de las fases tempranas de la recuperación. Los miembros de la familia podrían esperar de manera poco realista que todos los problemas se disiparan rápidamente, aumentando la probabilidad de sentirse decepcionados y disminuyendo la probabilidad de apoyo útil para la recuperación de la persona usuaria.
  - Educar a la familia sobre las señales de alerta de recaídas. Los miembros de la familia que entiendan estas señales podrán ayudar a evitar la recaída de la persona usuaria.
  - Ayudar a los miembros de la familia a entender las causas y efectos de los trastornos por uso de sustancias desde una perspectiva familiar.

---

8 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

9 Edwards, J. T. (1990). Treating chemically dependent families: A practical systems approach for professionals. Minneapolis, MN: Johnson Institute.

10 U.S. National Registry of Evidence-based Practices and Programs. (2011) Multidimensional family therapy. Rockville, Maryland: SAMHSA. Extraído en marzo 22, 2012 de http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=16

11 O'Farrell, T. J., & Schein, A. Z. (2000). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. Journal of Substance Abuse Treatment, 18(1), 51–54. Retrieved on March 22, 2017 at https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215582

12 U.S. National Registry of Evidence-based Practices and Programs. Multisystemic therapy (MST) for juvenile offenders. (2007). Rockville, Maryland: SAMHSA. Extraído en marzo 22, 2012 de http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=254

- Aprovechar las fortalezas familiares. Los miembros de la familia que demuestran actitudes positivas y comportamientos de apoyo promueven la recuperación de la persona usuaria. Es importante identificar y aprovechar las fortalezas para apoyar el cambio positivo.
- Alentar a los miembros de la familia a obtener apoyo a largo plazo. Conforme la persona usuaria comienza a recuperarse, los miembros de la familia necesitan asumir responsabilidad por la recuperación emocional, física y espiritual de éste/ésta.

- Aun cuando las familias pueden ser fundamentales para el éxito de una persona con TUS, algunos miembros de la familia podrían ellos mismos necesitar tratamiento antes de poder constituirse en un recurso tan útil para las personas usuarias. Muchas personas proceden de familias particularmente caóticas y disfuncionales o sufren trastornos por uso de sustancias multigeneracionales, trastornos mentales y otros problemas.

## *Principales técnicas*

Varios enfoques específicos basados en la familia son considerados como PBE para el tratamiento de los TUS:

- La Terapia Conductual de Pareja (TCP);
- La terapia multisistémica (TMS) para adolescentes; y
- La terapia familiar multidimensional (TFMD) para adolescentes.

## *La Terapia Conductual de Pareja (TCP)*

- La TCP se basa en los supuestos de que:
  - Las parejas íntimas pueden recompensar la abstinencia; y
  - Reducir la angustia en la relación disminuye el riesgo de recaída.
- El cónyuge o la pareja recupera un papel activo en el tratamiento, lo que minimiza el sentimiento de impotencia que suele provocar vivir con una persona con un TUS.
- Los componentes del programa de la TCP incluyen:
  - Un contrato de recuperación o de abstinencia entre las parejas y el/la terapeuta;
  - Actividades y tareas diseñadas para incrementar los sentimientos positivos, actividades compartidas, y comunicación constructiva; y
  - Planificación de prevención de recaídas.
- Generalmente, las parejas acuden a entre 15 y 20 sesiones de una hora durante un periodo de 5 a 6 meses. Las sesiones siguen una secuencia determinada:
  - El/la terapeuta pregunta si ha habido algún tipo de uso de sustancias desde la última sesión;
  - La pareja examina el cumplimiento del contrato de recuperación;
  - La pareja presenta y discute la tarea asignada en la última sesión;
  - La pareja discute algún tipo de problema en las relaciones desde la última sesión;
  - El/la terapeuta presenta nuevos materiales; y
  - El/la terapeuta asigna nuevas tareas.
- La TCP suele utilizarse como complemento de otros enfoques de tratamiento de los TUS.

### *Terapia Multisistémica (TMS)*

- La TMS es un enfoque intensivo que se implementa en hogares y comunidades, y se enfoca en cambiar la forma de pensar y el comportamiento tanto de los padres/madres como de los/las adolescentes.
- Movilizarse hacia el lugar donde vive la familia ayuda a superar las altas tasas de abandono que se observan en otros tratamientos, lo cual a menudo ocurre debido a las dificultados que los cuidadores(as) enfrentan para lograr que los/las adolescentes acudan a las citas.
- Este enfoque utiliza primordialmente estrategias cognitivo-conductuales y de desarrollo social (factores de riesgo y de protección).
- La TMS se enfoca en las fortalezas de la familia para facilitar el cambio positivo.
- Las intervenciones se diseñan para promover el comportamiento responsable y disminuir las acciones irresponsables por parte de miembros de la familia.
- Las intervenciones se enfocan en el presente: en lo que está sucediendo en ese momento en la vida del/de la adolescente. Los/las terapeutas buscan acciones que pueden implementarse de inmediato, apuntando a problemas específicos bien definidos en lugar de intentar obtener información del pasado o enfocarse en éste.
- Las intervenciones apuntan a secuencias de comportamiento dentro y entre los diversos elementos que interactúan en la vida de un(a) adolescente — familia, profesores(as), amigos(as), casa, escuela, y comunidad — y que sustentan los problemas identificados.
- Un énfasis clave del desarrollo se refiere a aprovechar la capacidad del/de la adolescente para desarrollar buenas relaciones con sus pares y adquirir habilidades académicas y vocacionales que promuevan una transición exitosa hacia la adultez.
- Los/las terapeutas de la TMS no etiquetan a las familias como resistentes, no preparadas para el cambio o desmotivadas; su enfoque evita culpar a la familia, sino que hace recaer la responsabilidad de los resultados positivos del tratamiento en el equipo de la TMS.
- Las intervenciones están diseñadas para proporcionar a los cuidadores(as) facultades para abordar las necesidades de la familia una vez que el tratamiento termine. El cuidador(a) es considerado(a) como un elemento clave para el éxito a largo plazo.

### *La Terapia Familiar Multidimensional (TFMD)*

- La TFMD considera el uso de drogas en adolescentes en términos de una red de influencias (individual, familiar, de pares, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado se produce de múltiples formas en diferentes entornos.
- El tratamiento incluye sesiones individuales y familiares que se llevan a cabo en centros de tratamiento, en el hogar o con miembros de la familia en las escuelas, tribunales u otras ubicaciones comunitarias.
- Durante las sesiones individuales, el/la terapeuta y el/la adolescente trabajan en tareas de desarrollo relevantes, tales como desarrollar habilidades para la toma de decisiones, la negociación o la resolución de problemas.
- Los/las adolescentes adquieren habilidades vocacionales y habilidades para comunicar pensamientos y sentimientos que les permitan afrontar de mejor manera los estresores de la vida.

- Se llevan a cabo sesiones paralelas con miembros de la familia. Los padres/madres examinan sus estilos particulares de crianza, aprendiendo a diferenciar la influencia del control; y a ejercer una influencia positiva y apropiada desde el punto de vista del desarrollo de sus hijos(as).

### *Fortalezas y Desafíos*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| La participación de la familia en el tratamiento del abuso de sustancias se asocia positivamente con un mayor compromiso con el tratamiento, una disminución en las tasas de abandono durante el tratamiento y mejores resultados a largo plazo. | Involucrar a las familias en el tratamiento puede ser difícil, debido al estigma y la vergüenza que se asocian al uso de sustancias. |
| Cuando las familias se involucran en el tratamiento, el enfoque se centra en los temas familiares a nivel general, no sólo en el uso de sustancias. Tanto el individuo con el trastorno por el uso de sustancias como los miembros de la familia reciben la ayuda que requieren para alcanzar y mantener la abstinencia. | El personal requiere capacitación especial en terapia familiar para utilizar los enfoques con base en la familia como fuente principal de tratamiento. Dicha capacitación puede ser costosa y requerir mucho tiempo. |
| Los enfoques familiares capitalizan las fortalezas de la familia, movilizando apoyo continuo para la recuperación de la persona usuaria y de la familia propiamente tal. | Las familias podrían ser demasiado disfuncionales (o estar también involucradas en el uso de sustancias) para beneficiarse de los servicios del programa de tratamiento. Los programas deben contar con una red bien desarrollada de fuentes de derivación para una terapia más intensiva cuando sea necesario. |
| | Algunos enfoques familiares son muy intensivos y requieren importantes recursos de personal. |

## *Página de Apoyo 7.6:*

*Manejo de Contingencias*[13] [14] [15]

### *Visión General*

- El Manejo de Contingencias (MC) se basa en la teoría del condicionamiento operante y fue desarrollado a partir de un análisis conductual aplicado y de la terapia conductual.
- Sus raíces se encuentran en el trabajo llevado a cabo en los años 1950 por estudiantes de B. F. Skinner, en el que aplicaron los principios del condicionamiento operante al tratamiento de condiciones graves (por ejemplo, personas con esquizofrenia, poblaciones de delincuentes juveniles, etc.) utilizando "economías de fichas" (ver más adelante).
- La teoría del condicionamiento operante sostiene que el comportamiento futuro se basa en las consecuencias positivas o negativas del comportamiento pasado.
- Por ejemplo, el uso de drogas es mantenido por los efectos del reforzamiento positivo de la sustancia propiamente tal o por el refuerzo negativo de revivir el dolor de la abstinencia.
- La utilización del manejo de contingencias se fundamenta en la premisa de que la "atracción" de la dependencia y sus recompensas inmediatas son muy fuertes para las personas con trastornos por uso de sustancias.
- El proceso de mantenerse en la abstinencia tiene sus propias recompensas eventuales, entre ellas:
  - Un estilo de vida más sano;
  - Empleo;
  - Oportunidades educacionales; y
  - Mantener relaciones positivas.
- Sin embargo; normalmente pasa mucho tiempo antes de que las recompensas internas sean experimentadas por una persona que intenta realizar cambios de comportamiento tan significativos.
- Por lo tanto, la abstinencia por sí sola podría no ser lo suficientemente reforzante como para mantener la motivación de una persona para dejar de usar drogas, especialmente en la abstinencia temprana. Se deben encontrar otras recompensas que refuercen la abstinencia continua y los cambios de estilo de vida.
- El MC motiva el cambio conductual de las personas y refuerza la abstinencia al premiar sistemáticamente los comportamientos deseables e ignorar o castigar los otros.

13 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research guide—Evidence-based approaches to drug addiction treatment: Contingency management interventions/motivational incentives. Extraído en marzo 22, 2017, de https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatmentresearch-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-0

14 U.S. National Addiction Technology Transfer Center. (2010). Successful treatment outcomes using motivational incentives. Extraído en marzo 22, 2017, de http://www.nattc.org/pami/PPT/PAMI_PolicyMakers.ppt

15 Meyers, R. J., & Squires, D. D. (n.d.). The community reinforcement approach: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project. Albuquerque, NM: University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. Extraído en marzo 22, 2017 de https://www.ci2i.research.va.gov/CI2IRESEARCH/docs/Commreinforceapproachguidelines.pdf

- Los refuerzos normalmente son eventos u objetos positivos, placenteros y gratificantes; sin embargo, ciertos refuerzos negativos también son efectivos.
- Eliminar una multa o una restricción una vez que la persona ha cumplido con un régimen específico es un ejemplo de refuerzo negativo.

### *Principales técnicas*

- Hay numerosas formas de manejo de contingencias, cada una con sus propias técnicas. Sin embargo, cada una de estas formas se encuentra fundamentada sobre un conjunto de principios rectores del manejo de contingencias:
  - Identificar un comportamiento objetivo que sea claramente observable y medible. Por ejemplo, si el objetivo es la abstinencia como comportamiento, las pruebas de drogas in situ pueden medir el consumo de drogas; el autoinforme de la persona usuaria no es suficiente. De manera similar, si una actividad laboral es el comportamiento objetivo, no es suficiente preguntar a las personas sobre su asistencia o productividad. Es necesario utilizar mediciones objetivas y verificables que demuestren los logros. La asistencia y el cumplimiento de las reglas del programa son comportamientos fáciles de medir.
  - Seleccionar un cambio de comportamiento deseado que contribuya a las metas del tratamiento. El simple hecho de asistir a las sesiones de consejería podría no influir en el uso de drogas de una persona.
  - Recompensar los pequeños cambios. Por ejemplo, esperar que personas que nunca han presentado una muestra de orina libre de drogas logren una abstinencia inmediata podría ser optimista. La abstinencia de una sustancia específica podría preceder a la abstinencia de todas las sustancias.
  - Debido a que los incentivos que son percibidos como deseables por las personas probablemente tendrán un impacto mucho mayor en el comportamiento que los que son percibidos como de menor valor o utilidad, se hace necesario elegir las recompensas que serían importantes para las personas preguntándoles qué recompensas serían las más deseables. Algo que es gratificante para una persona podría no serlo para otra.
  - Premiar el comportamiento objetivo de la forma más inmediata posible.
  - Brindar refuerzos frecuentes. Refuerzos más frecuentes, aunque sean pequeños, tienen un efecto mayor que los premios o castigos más grandes y distantes.
  - Entregar todas las recompensas según lo acordado, para que el tratamiento siga teniendo credibilidad.
  - Utilizar una serie progresiva de recompensas (recompensas más grandes y mejores para reforzar un cambio de comportamiento mayor y más duradero) para proporcionar un mayor incentivo para mantener el comportamiento deseado.
- Se han investigado diversos tipos básicos de programas de incentivos:
  - Acceso contingente a privilegios clínicos: En un entorno clínico, se permite a las personas utilizar los privilegios que ya existen en ese entorno; se diseñan sistemas de niveles de manera que, una vez alcanzado un nivel, la persona obtiene inmediatamente todos los privilegios correspondientes a ese nivel y a los niveles inferiores a él.

- Distribución in situ de los premios: Se distribuyen bienes tangibles o materiales cuando se presenta un comportamiento deseado, basándose en el período de tiempo en el que se ha mantenido dicho comportamiento.
- Vales o algún otro sistema de economía de fichas: Se otorgan puntos o vales, que pueden ser canjeados por bienes o privilegios, por participar consistentemente en actividades específicas o por lograr determinadas metas del plan de tratamiento.
- Reembolsos o rebajas: Las personas pagan una cuota al ingresar al tratamiento, pero reciben un reembolso si completan el tratamiento o si se mantienen en la abstinencia.

- Uno de los desafíos de los programas del manejo de contingencias se relaciona con identificar recompensas para un comportamiento deseado que sean tanto prácticas como suficientemente atractivas — a lo largo del tiempo — para reemplazar o sustituir los efectos potentes, placenteros o reductores del dolor de la droga. A su vez, las recompensas deberán estar disponibles sin que conlleven demasiados costos o inversión de energía del personal.

### *Refuerzo Comunitario (RC):*

- Un tipo de manejo de contingencias, el refuerzo comunitario (RC), utiliza refuerzos sociales, recreativos, familiares y vocacionales, en lugar de recompensas materiales o privilegios dentro del programa para hacer un estilo de vida en la abstinencia más atractivo que el uso de sustancias.
- El RC se basa en la premisa de que las contingencias ambientales pueden ser muy efectivas para cambiar el comportamiento de uso de sustancias. Un sólido componente de manejo de casos resulta fundamental para utilizar el enfoque de RC.
- Una forma de RC, el enfoque de refuerzo comunitario más vales, ha sido documentado como una PBE. El modelo original consistía en una terapia intensiva ambulatoria de 24 semanas para tratar la adicción al alcohol y a la cocaína. El tratamiento tenía dos metas primarias:
  - Mantener la abstinencia el tiempo suficiente para que las personas aprendieran nuevas habilidades de vida para mantener la sobriedad; y
  - Reducir el consumo de alcohol en personas cuyos hábitos de beber se encuentran asociados al consumo de cocaína.
- En este programa, las personas asistían a una o dos sesiones de consejería individual cada semana enfocándose en:
  - Mejorar las relaciones familiares;
  - Aprender una variedad de habilidades necesarias para reducir el uso de drogas y alcohol;
  - Recibir consejería vocacional; y
  - Desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales.
- También se proporcionaron vales para muestras de exámenes negativas de cocaína, aumentado su valor por cada muestra consecutiva libre de la droga. Los vales podían ser canjeados por productos acordes con un estilo de vida libre de cocaína.

Se determinó que este enfoque específico de MC facilitaba:

- la participación de las personas en el tratamiento; y
- el aumento sistemático de los períodos de abstinencia de cocaína.

### *Fortalezas y Desafíos*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| El MC ha demostrado aumentar la adherencia al tratamiento y reducir el uso de drogas significativamente cuando se utilizan incentivos. | Las personas podrían volver a las tasas iniciales de uso de drogas cuando se terminan los incentivos. |
| El RC y el MC pueden combinarse sin dificultad con otras intervenciones psicosociales y farmacoterapias. | Los enfoques del MC pueden requerir mucho trabajo, personal especializado o mucha capacitación para su implementación, así como requerir que las personas asistan con demasiada frecuencia. |
| El MC puede implementarse con una variedad de incentivos de bajo costo tales como bienes o servicios provenientes de donaciones. | Para una máxima efectividad, las recompensas deben ser lo suficientemente grandes — y aumentar en valor— para mantenerse atractivas para las personas. |
| El RC y el MC cuentan con un amplio y sólido respaldo científico tanto en estudios de laboratorio como clínicos. | Muchos estudios que demuestran la efectividad del RC y del MC han utilizado muestras muy pequeñas e incurrido en grandes costos para financiar incentivos. |
| Debido a que el RC utiliza refuerzos ambientales, los efectos continúan luego de que el programa estructurado se termina, integrándose dentro de la vida cotidiana de las personas. | Es posible que no se disponga de los recursos necesarios para implementar el RC y el MC (por ejemplo, capacidad de análisis de orina in situ o alternativas a costosos incentivos). |

# *Página de Apoyo 7.7:*
## *Farmacoterapia*[16] [17]

### *Visión General*

- La farmacoterapia se puede definir en forma concisa como el uso de sustancias psicoactivas médicamente prescritas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y conductuales. También se conoce como tratamiento asistido por medicamentos (TAM)
- La farmacoterapia se utiliza de diversas formas:
  - Para ayudar en la abstinencia aguda o en la disminución progresiva del uso de sustancias psicoactivas;
  - Para reemplazar una sustancia psicoactiva, ya sea a corto o largo plazo;
  - Para desalentar el uso de una sustancia reduciendo sus propiedades de reforzamiento o creando efectos negativos cuando se usa la sustancia; y
  - Para ayudar a la recuperación temprana reduciendo los *cravings* o deseos intensos, o contrarrestando algunos de los síntomas a largo plazo de la abstinencia.
- Hay medicamentos disponibles para tratar la dependencia del alcohol, los opioides y la nicotina.
- Estos medicamentos generalmente deben ser prescritos por un(a) profesional médico, aun cuando los medicamentos para la dependencia de la nicotina se encuentran disponibles sin prescripción médica.
- Una de las formas de farmacoterapia más utilizadas y conocidas es la terapia de mantenimiento con metadona para la dependencia de opioides.
- La farmacoterapia normalmente se utiliza junto con la consejería y otros servicios de tratamiento, no en lugar de ellos.

### *Principales aplicaciones de la farmacoterapia*

- El tratamiento que incluye medicamentos suele ser la mejor opción para las adicciones a opioides.
- El TAM utiliza tres medicamentos — la naltrexona, la buprenorfina, o la metadona — para tratar la adicción a la heroína o a otras drogas opioides.
- La naltrexona bloquea todos los efectos de los opioides, evitando que una persona sienta los efectos de la droga. Para evitar los síntomas inmediatos y graves de la abstinencia de opioides, la persona debe estar desintoxicada médicamente y libre de opioides durante varios días antes de comenzar a tomar naltrexona.
- El cumplimiento de la terapia con naltrexona por parte de las personas suele ser un problema, por lo que la naltrexona se ha utilizado en contadas ocasiones. La nueva forma inyectable de la naltrexona (Vivitrol®) fue aprobada recientemente en los EEUU para la dependencia de opioides, lo que podría aumentar su uso.

16 World Health Organization. (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva: Author.

17 Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Medication-Assisted Treatment for Opioid Addiction in Opioid Treatment Programs. Treatment Improvement Protocol (TIP) Series 43. DHHS Publication No. (SMA) 05-4048. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services.

- La buprenorfina (Subutex®) reduce o elimina los síntomas de la abstinencia asociados con la dependencia de opioides pero, en dosis adecuadas, no produce la euforia y sedación causada por la heroína u otros opioides.
- En altas dosis, la buprenorfina puede producir euforia, por lo que a menudo se combina con la naloxona, un medicamento que bloquea estos efectos, en una formula llamada Suboxone® para evitar este potencial problema.
- La metadona es el medicamento más conocido y más utilizado para el tratamiento de la dependencia de opioides. La metadona puede ser utilizada a corto plazo, para ayudar con la abstinencia, o por períodos largos (terapia de mantenimiento o de sustitución).
- La metadona se encuentra en la lista de medicamentos esenciales de la OMS.
- El tratamiento de mantenimiento con metadona suele realizarse en entornos especializados (por ejemplo, en clínicas de mantenimiento con metadona).
- En algunos países, a personas que han sido estabilizadas con metadona y que han participado en servicios de consejería se les permite recibir dosis de metadona para llevar a casa por varios días o incluso por una semana.
- En la dosis correcta, la metadona:
  - Previene los síntomas de abstinencia de opioides;
  - Bloquea los efectos eufóricos del uso ilícito de opioides; y
  - Disminuye los *cravings* o deseos intensos de consumir opioides.
- Las personas que han sido estabilizadas con dosis adecuadas y sostenidas de metadona pueden funcionar normalmente. Al tomar la metadona y detener o disminuir el uso de drogas inyectadas, las personas pueden:
- Trabajar;
  - Cuidar de sus familias;
  - Evitar la delincuencia y la violencia de la cultura de las calles; y
  - Disminuir su exposición al VIH.

***Fortalezas y Desafíos*** *(farmacoterapia para la dependencia de opioides)*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| Las personas que han sido estabilizadas con dosis adecuadas y sostenidas de metadona pueden funcionar normalmente y convertirse en miembros que contribuyen a la sociedad. | La metadona debe ser prescrita y monitoreada cuidadosamente por personal médico. |
| Las personas podrían acudir al programa por la metadona pero permanecer para la consejería, mejorando la recuperación general. | En algunos lugares del mundo, el mantenimiento con metadona no se encuentra disponible o incluso es ilegal. Poner en marcha un programa de este tipo podría llevar muchos años de promoción, defensa y educación a nivel de políticas. |
| La farmacoterapia puede ayudar a las personas a evitar la exposición al VIH y otras enfermedades infecciosas. | Algunas personas requerirán tomar metadona de por vida, y de esta forma, necesitar un monitoreo y atención consistente y de largo plazo. |
| | Se debe prestar especial atención a la seguridad para evitar el robo y la desviación de la metadona a las calles. |

# *Página de Apoyo 7.8:*
## *Terapia de Facilitación de los Doce Pasos*[18]

### *Visión General*

- La Terapia de Facilitación de los Doce Pasos se basa en los conceptos de los grupos de ayuda mutua de 12 Pasos, tales como Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA), y Cocaína Anónimos (CA).
- Los pasos de estos programas se enfocan en:
  - Admitir que hay un problema;
  - Buscar ayuda;
  - Llevar a cabo un autoexamen concienzudo;
  - Realizar una auto-revelación confidencial;
  - Compensar el daño causado; y
  - Ayudar a otras personas que quieran recuperarse.
- La Terapia de Facilitación de los Doce Pasos se centra en ayudar a las personas a comprender los principios de AA/NA, empezar a trabajar en los 12 pasos de la recuperación, conocer y aceptar su adicción, lograr la abstinencia y participar en los grupos de 12 Pasos de la comunidad.
- El trabajo en grupo se centra en aceptar la enfermedad, asumir la responsabilidad del proceso de recuperación y de las acciones personales, renovar la esperanza, establecer la confianza, cambiar de comportamiento, practicar la auto-revelación, desarrollar comprensión del propio comportamiento y compensar.
- A las personas se les alienta a:
  - Aceptar su adicción;
  - Desarrollar o adoptar valores espirituales;
  - Desarrollar un sentido de camaradería con otras personas en recuperación; y
  - Asistir a reuniones en la comunidad.

### *Principales técnicas*

- La Terapia de Facilitación de los Doce Pasos se basa en un manual y tiene un límite de tiempo; se pone en práctica con personas individuales a través de 12 a 15 sesiones repartidas aproximadamente en 12 semanas. La sesión inicial de evaluación se prolonga por una hora y media y las sesiones regulares duran 1 hora.

18 U.S. National Registry of Evidence-based Programs and Practices. (2010). Twelve-step facilitation therapy. Extraído en marzo 22, 2017, de http://www.legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=358

- La sesión de evaluación dentro del modelo tiene metas tanto informativas como motivacionales. Estas metas incluyen:
  - Establecer un vínculo entre la persona usuaria y el facilitador(a);
  - Realizar una evaluación colaborativa del abuso de drogas (antecedentes);
  - Discutir las iniciativas de la persona para detener o controlar el uso;
  - Discutir las consecuencias negativas asociadas al uso;
  - Compartir un diagnóstico con la persona intentando que sea una decisión consensuada;
  - Definir el programa; y
  - Intentar obtener un compromiso de la persona de dar una oportunidad al programa y a AA/AN y mantener una mente abierta.
- Cada sesión regular comienza con una discusión de 10 minutos de la "semana de recuperación" de la persona usuaria, que incluye:
  - Cualquier consumo que haya ocurrido;
  - Cualquier impulso para consumir que haya experimentado la persona;
  - Reacciones a las tareas de recuperación y a otras sugerencias específicas realizadas al final de la última sesión;
  - Reacciones frente a las reuniones a las que ha asistido; y
  - Progreso general en formar parte activa de AA o de NA.
- Debido a que el programa se basa en los principios de camaradería de los 12 Pasos, el/la terapeuta deberá trabajar dentro de dicho marco. Por ejemplo, participar en grupos de autoayuda es clave y considerado como uno de los principales agentes de cambio. Los objetivos específicos incluyen:
  - Asistir a 90 reuniones de AA o de NA en 90 días;
  - Obtener y usar los números telefónicos de los miembros;
  - Obtener un patrocinador(a); y
  - Asumir responsabilidades dentro de una reunión.
- El manual de la Terapia de Facilitación de los Doce Pasos puede solicitarse al Instituto Nacional Contra el Abuso de Alcohol y Alcoholismo de los EE.UU. ($6.00 por copia) en http://pubs.niaaa.nih.gov/publications/match.htm#ordering

### *Fortalezas y Desafíos*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| La Terapia de Facilitación de los Doce Pasos pone énfasis en una serie de tareas de recuperación en los ámbitos cognitivo, espiritual y de la salud. | Puede ser difícil monitorear con precisión el cumplimiento de las personas de las tareas asignadas, incluida la asistencia a las reuniones. |
| Las investigaciones han revelado que el enfoque de los 12 pasos puede ser efectivo con personas de diversos orígenes. | El énfasis de los grupos de los 12 Pasos en un poder superior podría ser inaceptable para algunas personas. |
| | Aunque los programas de los 12 Pasos están disponibles en todo el mundo, podría ser que las reuniones no siempre estuvieran disponibles en una zona determinada (especialmente en las zonas rurales). |

# *Página de Apoyo 7.9:*
## *Modelo Matriz*[19] [20]

### *Visión General*

- El modelo matriz fue desarrollado durante la década de 1980 como una manera efectiva de tratar a las personas dependientes de drogas estimulantes, particularmente la cocaína y la metanfetamina.
- El modelo ha sido modificado para incluir el tratamiento para personas que usan otras drogas, inclusive la heroína, a pesar de que aún no se han realizado estudios para evaluar la efectividad de este enfoque con grupos distintos a los grupos que usan estimulantes.
- El modelo matriz es un programa basado en un manual. Los materiales del manual, incluyendo los folletos para las personas – que forman la base de las sesiones terapéuticas – fueron escogidos a través de un análisis conductual del tipo de problemas enfrentados por las personas que usan cocaína y metanfetamina conforme iban avanzando por las diferentes fases de la abstinencia de cocaína.
- El modelo Matriz integra varias técnicas basadas en la investigación (incluyendo los enfoques cognitivo-conductuales, de estimulación motivacional, de educación y de la familia) para abordar directamente los problemas conductuales, emocionales, cognitivos y de relaciones de las personas.
- El enfoque del modelo matriz incluye:
  - Establecer una sólida relación terapéutica entre la persona y el/la terapeuta;
  - Enseñar a las personas cómo estructurar el tiempo y llevar un estilo de vida ordenado y saludable;
  - Proporcionar información precisa y comprensible sobre la adicción;
  - Brindar oportunidades para que las personas aprendan y practiquen la prevención de recaídas así como técnicas de afrontamiento;
  - Involucrar a las familias y a las parejas en los procesos terapéuticos y educativos para obtener su apoyo al tratamiento y prevenir el sabotaje del mismo;
  - Alentar a las personas a participar en los grupos de apoyo basados en la comunidad; y
  - Llevar a cabo análisis de orina o pruebas de aliento aleatorios para evaluar la efectividad del tratamiento.

### *Principales técnicas*

- Detallados manuales de tratamiento contienen hojas de trabajo para las sesiones individuales; otros componentes incluyen grupos de educación de la familia, grupos de habilidades para la recuperación temprana, grupos de prevención de recaídas, sesiones combinadas, pruebas de droga en orina, asistencia al programa de los 12 Pasos, análisis de recaídas y grupos sociales de apoyo.

19 Rawson, R. A., Marinelli-Casey, P., Anglin, M. D., Dickow, A., Frazier, Y., Gallagher, C., et al. (2004). A multi-site comparison of psychosocial approaches for the treatment of methamphetamine dependence. Addiction, 99(6), 708–717.

20 Obert, J. L., London, E. D., & Rawson, R. A. (2002). Incorporating brain research findings into standard treatment: An example using the Matrix model. Journal of Substance Abuse Treatment, 23(2), 107–113.

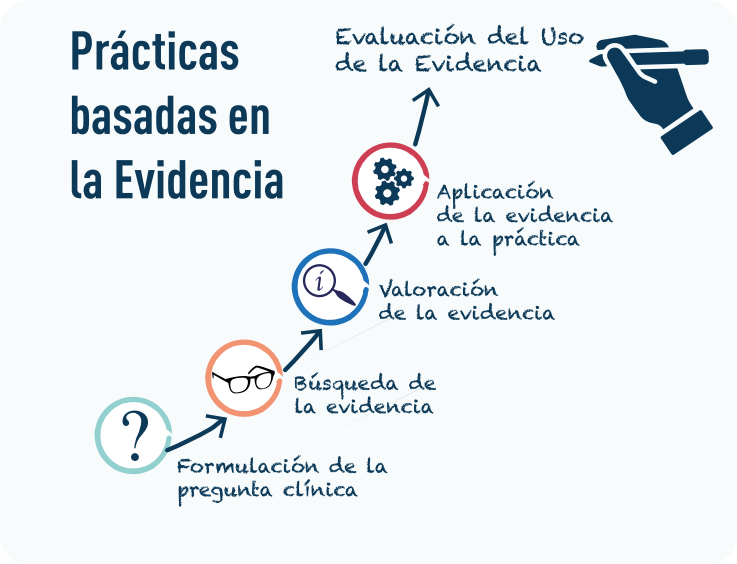
- Los elementos del enfoque de tratamiento del modelo matriz consisten en un conjunto de sesiones de grupo (habilidades para la recuperación temprana, prevención de recaídas, educación de la familia y apoyo social) y entre 3 a 10 sesiones individuales realizadas a lo largo de un período de tratamiento intensivo de 16 semanas. Específicamente, durante esas 16 semanas el modelo matriz requiere:
- Tres sesiones individuales/conjuntas con la familia;
- Ocho sesiones grupales de habilidades para la recuperación temprana;
- Treinta y dos sesiones grupales de prevención de recaídas;
- Doce sesiones grupales de educación de la familia; y
- Treinta y seis sesiones grupales de apoyo social.
- Las personas pueden comenzar a asistir a los grupos de apoyo social, que se enfocan en la atención continua, una vez que han completado las 12 sesiones de educación de la familia, pero deben seguir asistiendo a las sesiones del grupo de prevención de recaídas. El programa Matriz ha descubierto que hacer coincidir la asistencia al grupo de apoyo social con la fase intensiva del tratamiento ayuda a asegurar una transición fluida a la fase de 36 semanas de atención continua.
- Se pueden descargar manuales de tratamiento del Modelo Matriz gratuitamente en: http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/matrix/index.htm

### *Fortalezas y Desafíos*

| Fortalezas | Desafíos |
|---|---|
| El modelo integra un enfoque cognitivo-conductual con la participación de la familia, educación psicosocial, apoyo de los 12 Pasos y pruebas de orina. | Es posible que algunos materiales deban modificarse para personas con dificultades cognitivas. |
| Los manuales del modelo matriz proporcionan descripciones paso a paso para explicar cómo deben llevarse a cabo las sesiones y brindan apuntes y otros materiales necesarios. | Se recomienda encarecidamente la capacitación específica así como la supervisión del personal, lo que podría ser de alto costo. |
| El modelo se ha utilizado ampliamente con personas dependientes de estimulantes y ha demostrado ser efectivo. | El contenido tan estructurado podría no ser del agrado de todas las personas. |
| | La rígida estructura y programación podría no dejar suficiente tiempo para un manejo de casos efectivo. |

## *Página de Apoyo 7.10:*
### *Cinco pasos para la implementación de las PBE*

Para la implementación de las Prácticas Basadas en la Evidencia se deben seguir cinco pasos:




1. Formular preguntas clínicas es convertir una necesidad de información en una pregunta que pueda ser respondida.
2. La búsqueda de la mejor evidencia clínica para responder a esa pregunta es la evaluación crítica de la evidencia en términos de su validez, importancia clínica y utilidad. Requiere que el/la profesional conozca los diseños de investigación en salud mental e intervenciones psicosociales.
3. La valoración de la evidencia es la evaluación crítica de la evidencia en términos de su validez, importancia clínica y utilidad. Requiere que el/la profesional conozca los diseños de investigación en salud mental e intervenciones psicosociales.
4. La aplicación de la evidencia a la práctica es la integración de la evaluación de la evidencia con la competencia clínica del/de la profesional y los valores y circunstancias de la persona usuaria. Una vez determinado éste o los tratamientos basados en la evidencia que ofrecen buenos resultados similares, el/la profesional debe escoger el tratamiento que su formación clínica le permita aplicar; en caso contrario, el/la profesional debe participar en una actividad de formación para familiarizarse con los fundamentos teóricos y las técnicas del tratamiento. Otra variable que el/la profesional debe tener en consideración en la aplicación del tratamiento seleccionado (que sus habilidades terapéuticas le permiten proporcionar), se refiere a si ese tratamiento se ajusta a las características y/o preferencias de la persona usuaria.
5. La evaluación del uso de la evidencia se refiere a la evaluación de la efectividad y eficiencia en la implementación del tratamiento seleccionado y los esfuerzos por mejorar el desempeño. Este paso implica que el/la profesional debe escoger y adoptar métodos científicamente aceptados para medir los resultados del tratamiento aplicado. La implementación de tratamientos utilizando PBE en una organización o en un programa de tratamiento no sólo implica el uso de métodos válidos y fiables para medir los resultados de los casos individuales, sino que también requiere el diseño de una metodología para almacenar y procesar la información proporcionada por la provisión de tratamiento a diversas personas.

# *Módulo 7 — Prácticas Basadas en la Evidencia para Intervenciones de Tratamiento, Resumen*

## *Formas de considerar las prácticas basadas en la evidencia*

- Una definición básica de las prácticas basadas en la evidencia (PBE) es la siguiente: "prácticas para las cuales la evidencia es más sólida y aceptada — y que tienen mayores probabilidades de producir un impacto significativo en mejorar la atención"[21].
- La frase "mejorar la atención" es fundamental. Por ejemplo, un estudio realizado por la Asociación Psicológica Estadounidense (American Psychological Association – APA) definió las PBE como: la integración de la mejor evidencia de la investigación con la competencia clínica en el contexto de las características, cultura y preferencias de las personas usuarias. La definición completa preparada por la APA:
  - La mejor evidencia que guía una decisión clínica (el dominio de la mejor evidencia);
  - La competencia clínica de los/las profesionales de la salud para diagnosticar y tratar los problemas de las personas que usan drogas (el dominio de la competencia clínica), y
  - Las preferencias, problemas y expectativas particulares que la persona que usa drogas aporta al contexto del tratamiento de la salud (el dominio de la persona usuaria)[22].
- Las PBE poseen 3 componentes principales:
  1. **Mejor evidencia disponible:** La definición de la Asociación de Psicología Estadounidense (APA, 2006) de este componente es la siguiente: resultados científicos relacionados con la intervención, los procedimientos de evaluación, los problemas clínicos y la población estudiada, los estudios de laboratorio y de campo, así como los resultados clínicamente relevantes de la investigación en psicología y campos relacionados.
  2. **Competencia Clínica:** Se refiere a las diversas competencias del profesional / terapeuta para promover resultados terapéuticos positivos (APA, 2006).
  3. **Dimensión de la Persona Usuaria:** Esta dimensión implica considerar los valores, creencias religiosas, visión del mundo, metas y preferencias de las personas usuarias, con la experiencia del profesional/terapeuta y el conocimiento de la investigación disponible (APA, 2006).
- Los/las terapeutas que implementan una práctica cuentan con habilidades básicas de consejería, pueden conectarse con los/las personas usuarias y han sido formados(as) en el uso de la práctica específica. El Centro para el Tratamiento del Abuso de Sustancias (Center for Abuse Treatment – 2006) ha identificado 8 competencias clínicas básicas relacionadas con la implementación de las PBE:
  1. Evaluación, juicio diagnóstico, formulación sistemática del caso y planificación del tratamiento (plan de tratamiento);
  2. Toma de decisiones clínicas, implementación del tratamiento y monitoreo del progreso del/de la persona usuaria;

21 Fuente: U.S. National Quality Forum. (2007). National voluntary consensus standards for the treatment of substance use conditions: Evidence-based treatment practices (abridged version). Washington, DC: Author. American.

22 Psychological Association (2006). American Psychological Association (APA) Presidential Task Force of Evidence-Based Practice Evidence-based practice in psychology. American Psychologist. 2006;61:271–285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271

3. Competencia interpersonal (que se refiere a la capacidad de desarrollar una sólida alianza terapéutica con el/la persona usuaria, y una relación de colaboración con los agentes claves de las redes comunitarias);
4. Reflexión continua de la práctica profesional y adquisición de habilidades (lo que implica un monitoreo continuo de los resultados del tratamiento implementado, y la búsqueda y participación en capacitación especializada para adquirir habilidades);
5. Evaluación y uso adecuados de la evidencia de la investigación en psicología básica y aplicada (lo que implica el conocimiento de la metodología de la investigación habitual en psicología y ciencias afines, y la capacitación para buscar información actualizada en bases de datos electrónicas; Bauer, 2007);
6. Comprensión de la influencia de las diferencias individuales y culturales en el tratamiento;
7. Búsqueda de los recursos disponibles [p. ej., manejo de la red comunitaria; y solicitar la supervisión de pares o de supervisores(as) clínicos(as) cuando sea necesario]; y
8. Contar con una lógica sólida para la implementación de estrategias clínicas[23].

## *Dimensión de la Persona Usuaria*

- Esta dimensión implica considerar los valores, creencias religiosas, visión del mundo, metas y preferencias de las personas usuarias, con la experiencia del profesional/terapeuta y el conocimiento de la investigación disponible (APA, 2006).
- Para la elección y la implementación del enfoque de tratamiento, el profesional / terapeuta deberá tener en cuenta lo siguiente:
  - Variaciones del problema o trastorno presentado, etiología, síntomas o síndromes co-ocurrentes;
  - Edad cronológica, desarrollo actual, historia del desarrollo y fase de la vida;
  - Factores culturales y familiares (género, identidad de género, origen étnico, clase social, religión, discapacidad, estructura familiar, orientación sexual);
  - Contexto ambiental actual, estresores (desempleo, acontecimientos vitales recientes);
  - Factores sociales (racismo institucional, disparidad en el acceso a la atención de salud),
  - Preferencias personales, valores y preferencias relacionadas con el tratamiento (metas, creencias, visión del mundo, expectativas respecto al tratamiento). Los valores y las preferencias de la persona usuaria son un componente central de las PBE; la persona usuaria podría tener preferencias por un tipo de tratamiento y el resultado deseado, cosas que podrían estar influidas por su contexto cultural y factores personales. Una práctica efectiva requiere un equilibrio entre las preferencias de la persona usuaria y el juicio profesional — basado en las evidencias disponibles y en la competencia clínica — para determinar el tratamiento más adecuado[24].

23 Center for Substance Abuse Treatment (2006) Addiction Counseling Competencies: The Knowledge, Skills, and Attitudes of Professional Practice. Technical Assistance Publication (TAP) Series 21. HHS Publication No. (SMA) 08-4171. Rockville, MD: Substance Abuse and Mental Health Services Administration

24 APA (2006) Presidential Task Force on Evidence-Based Practice. Evidence-Based Practice in Psychology. American Psychologist, Vol. 61, No. 4, 271–285 (DOI: 10.1037/0003-066X.61.4.271)

## *Mejor evidencia disponible*

- La definición de la Asociación de Psicología Estadounidense (APA, 2006) de este componente es la siguiente: resultados científicos relacionados con la intervención, los procedimientos de evaluación, los problemas clínicos y la población estudiada, los estudios de laboratorio y de campo, así como los resultados clínicamente relevantes de la investigación en psicología y campos relacionados[25].
- Otro elemento de la definición es el término "prácticas." Aunque las prácticas basadas en la evidencia normalmente se derivan de las teorías de consejería, como por ejemplo la teoría conductual, son más bien un conjunto de técnicas y enfoques. Estas técnicas y enfoques podrían incluir elementos derivados de varias teorías de consejería.
- Las PBE apuntan a mejorar la calidad de la atención y han demostrado mejorar los resultados del tratamiento. Organizaciones internacionales han solicitado se incremente el uso de PBE para mejorar los tratamientos a nivel global. Por ejemplo, en 2008 la Organización Mundial de la Salud (OMS), en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (ONUDD), publicó un documento de discusión titulado Principios del Tratamiento para la Dependencia de Drogas.
- Por ejemplo, el IOM (por sus siglas en inglés) descubrió que sólo el 10 por ciento de las personas usuarias identificadas con un trastorno por consumo de alcohol recibió la atención recomendada, dando como resultado un aumento de las enfermedades y de la mortalidad. Este hallazgo se relacionó con una falta de suficientes servicios, así como con una atención por debajo de los estándares.
- El documento de discusión destacaba que "Las intervenciones y las inversiones en el tratamiento de la dependencia de drogas deberían estar orientadas por buenas prácticas basadas en la evidencia y en el conocimiento científico acumulado respecto a la naturaleza de la dependencia de las drogas. Los altos estándares requeridos para aprobar intervenciones farmacológicas o psicosociales en todas las demás disciplinas médicas deben aplicarse también al campo de la dependencia de drogas"[26].
- ¡No toda la evidencia es igual de buena! La evidencia disponible puede clasificarse en diferentes categorías dependiendo de la calidad de los estudios que la respaldan y de las recomendaciones. A continuación examinaremos la pirámide de la evidencia y sus diferentes niveles de clasificación.
- Una ayuda para la evaluación de la investigación son los criterios acordados para determinar los niveles de evidencia de la investigación y los grados de recomendación de los tratamientos según los niveles de evidencia.

25 Psychological Association (2006). American Psychological Association (APA) Presidential Task Force of Evidence-Based Practice Evidence-based practice in psychology. American Psychologist. 2006;61:271–285. doi: 10.1037/0003-066X.61.4.271.

26 World Health Organization (WHO) and UNODC. (2008). Principles of drug dependence treatment: Discussion paper. (http://www.unodc.org/documents/eastasiaandpacific//china/UNODC-WHO-Principles-of-Drug- Dependence-Treatment.pdf)

- Esta figura representa las categorías de la evidencia en la "Pirámide de la Evidencia" donde la solidez de la evidencia aumenta a medida que se avanza hacia la cima de la pirámide[27].
  - Nivel I: Evidencia a partir de una revisión sistemática o meta-análisis de todos los ECA (ensayos controlados aleatorios ) relevantes o de las pautas para la práctica clínica basada en evidencia con base en revisiones sistemáticas de los ECA o de tres o más ECA de buena calidad que presenten resultados similares.
  - Nivel II: Evidencia obtenida de al menos un ECA bien diseñado (p. ej., un gran ECA multi-sitio).
  - Nivel III: Evidencia obtenida a partir de ensayos controlados bien diseñados sin aleatorización (es decir, cuasi-experimentales).
  - Nivel IV: Evidencia a partir de estudios de cohorte o de control de casos bien diseñados.
  - Nivel V: Evidencia a partir de revisiones sistemáticas de estudios descriptivos y cualitativos (metasíntesis).
  - Nivel VI: Evidencia a partir de un solo estudio descriptivo o cualitativo.
  - Nivel VII: Evidencia a partir de la opinión de autoridades y/o de informes de comités de expertos.
- Es necesario comprender que las PBE no son un estado de conocimiento estático, sino que implican un estado de información en constante evolución. Es así como las nuevas evidencias proporcionadas por la investigación clínica pueden invalidar los tratamientos aceptados y sustituirlos por otros nuevos, más adecuados, eficaces y seguros. En consecuencia, los/las profesionales tienen la obligación de mantenerse informados del desarrollo de la investigación clínica, e incorporar estos avances a su práctica diaria [28].
- La adopción e implementación de las PBE presenta las siguientes ventajas:
  - Aumenta la probabilidad de que el tratamiento proporcionado sea beneficioso.

27 Hierarchy of research designs and levels of scientific evidence (From National Health and Medical Research Council. Available from: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/ nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf [12]).

28 Hierarchy of research designs and levels of scientific evidence (From National Health and Medical Research Council. Disponible en: https://www.nhmrc.gov.au/_files_nhmrc/file/guidelines/developers/ nhmrc_levels_grades_evidence_120423.pdf [12]).

- Aumenta la eficiencia en el uso de recursos limitados cuando se implementa un tratamiento que ha sido probado, en lugar de implementar prácticas que sólo se supone son efectivas.
- La implementación de prácticas basadas en la evidencia puede facilitar la obtención de recursos financieros de quienes otorgan financiamiento para el programa. Además, al implementar estrategias y programas de PBE, cabe esperar que la eficacia demostrada de esos programas facilite la derivación y retención de los usuarios(as).
- Por último, debido a que las PBE implican la medición de los resultados, pueden proporcionar información sobre la relación costo-beneficio del tratamiento proporcionado.

- Algunas limitaciones para la implementación de los programas de PBE son:
  - La inversión financiera requerida. La mayoría de los programas de PBE requieren el pago de materiales con derechos de autor y financiamiento de la capacitación de los/las profesionales.
  - Varios programas de PBE requieren su implementación de la forma indicada en los manuales, lo que puede convertirse en una dificultad cuando es necesario adaptarlos a las características demográficas y culturales de las personas usuarias. Miller et al. (2005) sugieren la siguiente solución a esta dificultad: en ausencia de un tratamiento de PBE para una población específica, es razonable comenzar con un tratamiento de PBE que tenga apoyo empírico para otra población; y existe evidencia de que el origen étnico diverso de los usuarios(as) no modera los resultados de la respuesta de los individuos a los tratamientos, como se observó en el proyecto MATCH (Project MATCH Research Group, 1993).
  - El desarrollo de muchos tratamientos de PBE ha sido financiado por agencias gubernamentales para tratar problemas específicos; sin embargo, las personas usuarias podrían tener mayores necesidades de tratamiento que las abordadas por el programa de PBE, lo que implica integrar otras prácticas para las que actualmente no hay suficiente evidencia de su efectividad.
- Las PBE presentan ciertas características especiales. Entre ellas:
  - Especificidad: Se han validado para un propósito específico con una población determinada. Por ello, las PBE sólo son útiles para una variedad de problemas por lo que deben coincidir con la situación adecuada. Si se asocia una PBE con un problema para el que no está diseñada, no hay razón para creer que funcionará.
  - Fidelidad: Las PBE asumen que el tratamiento se utiliza de la forma en que se investigó. Por ello, cambiar partes de una intervención, aunque sea común, puede invalidar la PBE. Existen muchas formas de cambiar una intervención (frecuencia, materiales, objetivo, etc.) que pueden alterar la eficacia de la PBE.
  - Limitaciones: Las PBE suelen validarse a través de investigaciones de grupos grandes o de una serie de estudios de grupos pequeños. Si bien la investigación en grupos grandes es ideal para documentar las intervenciones, es común dentro de este grupo que ocurran casos en los que la intervención no sea efectiva. En otras palabras, la investigación en grupos grandes podría documentar intervenciones como probablemente eficaces, pero no definitivamente eficaces para un caso específico.
- En el 2008, el Foro Nacional de Calidad (National Quality Forum - NQF) publicó un documento de consenso en el que se señalan 11 principios basados en la evidencia para el tratamiento de personas con trastorno por uso de sustancias. Consultar la Página de Apoyo 7.2.

- El NQF identificó además una serie de prácticas que han demostrado ser tratamientos ineficaces para los TUS y que no deberían utilizarse sistemáticamente. Entre estos tratamientos ineficaces se encuentra el uso de acupuntura, terapia de relajación, educación, pruebas de drogas, y desintoxicación, como tratamientos autónomos.
- Es importante tener en cuenta la expresión "tratamiento autónomo"; el informe no indica que estas prácticas no tengan cabida en el tratamiento, sino que son un tratamiento insuficiente por sí solas.
- Otros enfoques de tratamiento señalados como ineficaces son:
  - Acupuntura;
  - Terapia psicodinámica individual;
  - Terapia grupal no estructurada;
  - Confrontación como el principal enfoque de tratamiento; y
  - Alta del tratamiento como respuesta a una recaída.
- El informe de consenso indicó además que la implementación del tratamiento con un enfoque empático y de apoyo podría ser tan importante como las prácticas específicas utilizadas. Esto significa que la capacidad de un(a) terapeuta para comprometerse y desarrollar una relación terapéutica con una persona usuaria(a) es fundamental.
- En la Página de Apoyo 7.1 de sus manuales encontrarán un resumen del trabajo del NQF sobre las prácticas basadas en la evidencia. Por favor lean esta página por su cuenta.
- Otras organizaciones aparte del NQF también han estudiado e identificado prácticas basadas en la evidencia. En el Anexo B — Recursos, de sus manuales, encontrarán fuentes de información adicionales sobre las PBE.

## *Modalidades e intervenciones de tratamiento basadas en la evidencia*

- Entre ellas:
  1. Detección, Intervención Breve y Derivación al Tratamiento.
  2. Intervenciones psicosociales.
  3. Intervenciones farmacológicas.
  4. Manejo de la recuperación[29].

### *1. Detección, Intervención Breve y Derivación al Tratamiento*

- La detección, intervención breve y derivación a tratamiento es una intervención basada en la evidencia que se utiliza para identificar, reducir y prevenir los trastornos por uso de drogas.
- Existe una serie de herramientas validadas para la detección de los trastornos por uso de drogas. Entre ellas se encuentra la Prueba para la Detección del Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test – ASSIST).

29 International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of fieldtesting. World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020

- Una intervención breve es una terapia estructurada de corta duración (normalmente de 5 a 30 minutos) cuyo objetivo es ayudar a una persona a abandonar o reducir el uso de sustancias psicoactivas o (menos comúnmente) a tratar otros problemas de la vida.
- Nos referiremos a seis PBE específicas:
  1. La Terapia Cognitivo-Conductual;
  2. La entrevista motivacional y la terapia de estimulación motivacional;
  3. Los enfoques de tratamiento orientados a la familia;
  4. El manejo de contingencias;
  5. El enfoque de reforzamiento comunitario;
  6. La terapia de facilitación de los 12 Pasos.

## 2. *Terapia Cognitivo-Conductual*

- La terapia cognitivo-conductual para TUS fusiona dos modelos de tratamiento — la terapia cognitiva, originalmente desarrollada por Aaron Beck para tratar la depresión, y la terapia conductual, inicialmente conceptualizada por Ivan Pavlov y modificada por B.F. Skinner y Albert Bandura[30].
- La terapia cognitiva sostiene que los pensamientos y las interpretaciones de una persona provocan sentimientos y comportamientos. Los sentimientos y los comportamientos no son causados por cosas externas, como las personas, las situaciones y los acontecimientos.
- Una creencia nuclear de la terapia cognitiva es que las personas pueden cambiar su forma de pensar (y de sentir y de actuar), aún si la situación externa no cambia.
- Aunque parezca que las cosas que nos suceden son la causa directa de nuestros sentimientos y comportamientos, la terapia cognitiva postula que hay otro paso en el proceso, uno sobre el que tenemos cierto control: nuestros pensamientos e interpretaciones sobre lo que nos ocurre.
- La terapia conductual trata los trastornos emocionales y conductuales como respuestas aprendidas que pueden ser sustituidas por otras respuestas más saludables con un entrenamiento adecuado. La terapia conductual ayuda a las personas a identificar los comportamientos que no les ayudan y a probar nuevas formas de comportarse.
- Los enfoques conductuales se centran en:
  - Identificar los factores que inician y mantienen un comportamiento;
  - Los comportamientos adaptativos y disfuncionales que conducen al malestar y a los problemas de la persona usuaria; y
  - Comportamientos observables y medibles.
- Los enfoques conductuales tradicionales no se centran en conceptos como el autoestima, los pensamientos, los valores, el inconsciente o los mecanismos de defensa.
- Otros modelos terapéuticos intentan responder a la pregunta: ¿Por qué este individuo hace lo que hace? Las preguntas centrales de la TCC son:

30 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Obtenido en Marzo 22, 2017 en https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/evidence-based-approaches-to-drug-addictiontreatment/behavioral-therapies

- ¿Qué hace que una persona siga haciendo lo que hace?
- ¿Cómo cambia la persona?

- La pregunta relativa al "qué" se refiere a las cosas que refuerzan los patrones de pensamiento, afecto y comportamiento.
- La pregunta relativa al "cómo" está relacionada con la construcción de habilidades.
- El enfoque de la TCC para el tratamiento de los TUS se centra en enseñar a las personas usuarias habilidades que les ayuden a reconocer y aprender estrategias para:
  - Reducir los riesgos de recaída;
  - Mantener la abstinencia;
  - Solucionar problemas; y
  - Aumentar la autoeficacia (la capacidad de la persona usuaria para reconocer sus fortalezas y creer que el cambio es posible).
- Entre las técnicas de la TCC se incluye formular preguntas y enseñar a las personas usuarias a hacerse preguntas que exploren la relación de su pensamiento con sus respuestas emocionales a los eventos. Por ejemplo:
  - ¿Cómo sé realmente si esas personas se están riendo de mí?
  - ¿Hay alguna otra explicación posible?
  - ¿Podrían estar riéndose de otra cosa?
- Otras técnicas incluyen:
  - Explorar las consecuencias positivas y negativas del uso continuo de sustancias;
  - Enseñar a las personas usuarias a automonitorearse para anticipar y reconocer a tiempo los cravings o deseos intensos de consumir drogas y alcohol y para identificar situaciones de alto riesgo de consumo;
  - Ayudar a las personas usuarias a desarrollar estrategias para evitar o para afrontar situaciones de alto riesgo que detonan el deseo de usar sustancias;
  - Ayudar a las personas usuarias a desarrollar estrategias de afrontamiento eficaces (como por ejemplo algunas técnicas de relajación) para los desafíos de la vida en general que podrían desencadenar su TUS; y
  - Enseñar habilidades para la resolución de problemas.
- Estas técnicas son herramientas de prevención de recaídas muy utilizadas.
- La asignación de tareas es una parte importante de los enfoques de la TCC. A las personas usuarias:
  - Se les asignan tareas de lectura;
  - Se les pide hacer seguimiento de determinados comportamientos y pensamientos; y
  - Se les pide practicar las nuevas habilidades que han aprendido en el tratamiento (ensayos conductuales).

- Un enfoque de la TCC es la terapia cognitivo-conductual de habilidades de afrontamiento, originalmente desarrollada para el trabajo con personas con trastornos por el uso de alcohol[31].
- La TCC de habilidades de afrontamiento es un enfoque estructurado y manualizado (basado en un manual). Cada sesión incluye:
  - Análisis de la lógica;
  - Orientación sobre habilidades específicas;
  - Ensayos conductuales (es decir la práctica de habilidades a través de juegos de roles); y
  - Otros ejercicios prácticos en áreas temáticas particulares[32].
- Entre los ejemplos de áreas temáticas se encuentran:
  - El manejo de los pensamientos sobre el uso de sustancias;
  - La resolución de problemas;
  - El desarrollo de habilidades para rechazar las sustancias;
  - La planificación para emergencias y técnicas de afrontamiento en casos de recaída; y
  - Cómo abordar la toma de decisiones aparentemente irrelevantes.
- Las decisiones aparentemente irrelevantes son aquellas decisiones, racionalizaciones y minimizaciones del riesgo que llevan a las personas en recuperación a acercarse a situaciones de alto riesgo o incluso a participar en ellas, aunque pudieran parecer no estar relacionadas con el uso de sustancias. Estas decisiones aparentemente irrelevantes forman una especie de cadena, donde cualquier eslabón puede ser insignificante pero, en conjunto, llevan a la persona a una zona de riesgo. Por ejemplo:
  - Mario, que llevaba varios meses de abstinencia, volvía a casa desde el trabajo una noche en la que su esposa iba a estar fuera.
  - En una intersección en el camino decide doblar a la izquierda y no a la derecha para disfrutar la ruta panorámica.
  - En esta ruta, pasó por una cafetería que había frecuentado en el pasado con amigos que consumían cocaína con él.
  - Como hacía calor ese día, decidió parar y tomarse una gaseosa.
  - Mientras estaba allí, se encontró con un amigo que “casualmente” tenía un gramo de cocaína, y se produjo una recaída.
- Si bien la decisión de disfrutar de una ruta panorámica parecía una decisión insignificante, esto lo llevó a pasar frente a un lugar que solía frecuentar, y esto lo llevó a su vez a usar cocaína.
- El entrenamiento en habilidades de afrontamiento habría ayudado a Mario a observar cada eslabón de la cadena de acontecimientos que lo llevó a la recaída y le habría ayudado a aprender a reconocer las decisiones que podrían dar inicio a un proceso de recaída.

31 https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment/evidence-based-approaches- to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies

32 National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. (1995). Cognitive-behavioral coping skills therapy manual: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence. Project MATCH Monograph Series, Volume 3. Bethesda, MD: Author.

- En los cursos siguientes se abordará más a fondo:
  - La consejería para prevención de recaídas;
  - Las habilidades para el rechazo de sustancias; y
  - Otras técnicas de consejería cognitivo-conductual.
- La investigación ha revelado la eficacia de la terapia cognitivo-conductual para tratar los TUS que involucran:
  - Alcohol;
  - Marihuana;
  - Cocaína;
  - Metanfetamina; y
  - Nicotina.
- También se ha demostrado que las personas usuarias mantienen sistemáticamente las nuevas habilidades y otros logros durante al menos un año después del tratamiento[33].

## *Enfoques Motivacionales*

- Los enfoques motivacionales incluyen la entrevista motivacional (o EM) y la terapia de estimulación motivacional (o MET) [34].
- Los enfoques motivacionales se basan en los principios de la psicología motivacional y en el modelo transteórico del cambio, también conocido como modelo de las etapas del cambio, desarrollado por James Prochaska y Carlos DiClemente. Desde esta perspectiva:
  - El cambio se produce en etapas;
  - La motivación para el cambio varía con el tiempo; y
  - La motivación puede estimularse.
- Los enfoques de la consejería motivacional son métodos de consejería centrados en la persona usuaria y que utilizan métodos no confrontacionales. Estos enfoques usan estrategias que:
  - Reconocen que las sustancias de abuso tienen propiedades gratificantes que pueden enmascarar, al menos temporalmente, sus daños y efectos negativos de largo plazo;
  - Ayudan a las personas usuarias a resolver la ambivalencia sobre ingresar y participar en el tratamiento y a detener el uso de sustancias.
- También emplean estrategias que:
  - Utilizan la motivación interna de las personas usuarias para evocar y mantener un cambio rápido; e
  - Incluyen estrategias de resolución de problemas o centradas en soluciones que se basan en los éxitos pasados de las personas usuarias.

33 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

34 Miller, W. R., Zweben, A., DiClemente, C. C., & Rychtarik, R. G. (1994). Motivational Enhancement Therapy: A clinical research guide for therapists treating individuals with alcohol abuse and dependence (NIH Publication No. 3. 94-3723). Rockville, MD: National Institutes of Health, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism. obtenido del sitio http://casaa.unm.edu/manuals/met.pdf SAMHSA, USA (2006).Treatment Improvement Protocol (TIP) No.47. CSAT. Rockville (MD)

- Los enfoques motivacionales siguen el principio de que el cambio se genera a través de la voluntad y la motivación de la persona usuaria. No se centran en el descubrimiento, la interpretación y la orientación del/de la terapeuta . En los enfoques motivacionales, el/la terapeuta actúa como coach o consultor(a) más que como una figura de autoridad, ayudando a la persona usuaria a descubrir, entender y construir sobre los éxitos pasados.
- Las técnicas básicas de los enfoques motivacionales incluyen:
  - El enfoque FRAMES: el acrónimo de FRAMES es Feedback (Retroalimentación), Responsibility (Responsabilidad), Advice (Consejo), Menus (Menus), Empathic Counseling (Consejería empática) y Self–efficacy (Autoeficacia). El acrónimo recuerda al/a la terapeuta motivacional su papel y sus responsabilidades durante el tratamiento.
  - Ejercicios de balance decisional: se refiere al concepto de explorar los pros y los contras – o beneficios y desventajas – del cambio. En el contexto de la recuperación del uso de sustancias, la persona usuaria sopesa los pros y los contras de cambiar o no el comportamiento de uso de sustancias. El propósito de explorar los pros y los contras de un problema de uso de sustancias es inclinar la balanza hacia una decisión de cambio positivo.
  - Identificación de discrepancias: una forma de aumentar la motivación para el cambio es ayudando a las personas usuarias a reconocer una discrepancia o brecha entre sus metas futuras y su comportamiento actual. El/la terapeuta podría aclarar esta discrepancia preguntando: "¿Cómo se compatibiliza su uso de sustancias con tener una familia feliz y un trabajo estable?".
  - Ritmo: cada persona usuaria avanza por las etapas del cambio a su propio ritmo. El concepto de ritmo requiere que un(a) terapeuta se adapte al nivel de la persona usuaria y utilice tanto o tan poco tiempo como sea necesario en las tareas esenciales de cada etapa de cambio. Por ejemplo, algunas personas usuarias podrían necesitar sesiones frecuentes al principio del tratamiento y menos después. Si un(a) terapeuta presiona a una persona usuaria a un ritmo más rápido de lo que él o ella está preparado(a), la relación entre ellos podría romperse.
  - Contacto personal con individuos que no están en tratamiento: las intervenciones motivacionales pueden incluir actividades simples diseñadas para mejorar la continuidad del contacto entre el/la terapeuta y la persona usuaria y fortalecer la relación. La investigación ha demostrado que estas sencillas intervenciones para aumentar la motivación son efectivas para alentar a las personas usuarias a volver a otra consulta clínica, a retomar el tratamiento después de haber faltado a citas, a seguir participando en el tratamiento y a aumentar la adherencia al mismo.

## *La Entrevista Motivacional: Definición*

- La EM es una técnica o estilo de consejería enfocado en crear un clima favorable para el cambio en un entorno centrado en la persona. La esencia de la entrevista motivacional está en su naturaleza colaborativa, donde la comunicación es de tipo asociativo y el entrevistador(a) busca crear una atmósfera interpersonal positiva[35].
- En la EM existen cinco principios fundamentales. No se trata de etapas, sino de conceptos que deben aplicarse en todo momento para mejorar la relación entre el/la terapeuta y la persona usuaria.

35 Miller, W.R. and Rollnick, S. Motivational Interviewing: Helping People Change. 3rd Ed.The Guilford Press (2013)

- Normalmente se resumen con el acrónimo de READS:
  - Roll with resistance (Darle un giro a la resistencia);
  - Express empathy (Expresar empatía);
  - Avoid arguments (Evitar discusiones);
  - Develop discrepancy (Desarrollar discrepancia);
  - Support self-efficacy (Favorecer la autoeficacia).

## *La Terapia de Estimulación Motivacional (MET)*

- La Terapia de Estimulación Motivacional (MET) es otro de los enfoques motivacionales que los investigadores(as) han documentado como efectivos. La MET busca:
  - Ayudar a las personas a crear su propia motivación para el cambio; y
  - Consolidar la decisión y el plan de cambio de una persona[36].
- Este enfoque también se centra principalmente en la persona usuaria, pero las sesiones de consejería son planificadas y dirigidas por el/la terapeuta.
- En la MET, cada persona usuaria establece sus propias metas:
  - Ningún(a) terapeuta que utilice la MET impondrá una meta absoluta.
  - Los/las terapeutas de la MET podrían orientar respecto a determinadas metas, tales como la abstinencia total.
  - También se podría explorar una gama más amplia de metas "de vida", como por ejemplo, encontrar un trabajo o reunirse con miembros de la familia.
- En la terapia de estimulación motivacional, los problemas de TUS se consideran comportamientos al menos parcialmente bajo el control voluntario de la persona usuaria. Por lo tanto, se aplican los principios normales del cambio de comportamiento.
- La MET se basa en los principios de la psicología cognitiva y social. El/la terapeuta de MET:
  - Busca ayudar a las personas usuarias a percibir discrepancias entre el comportamiento actual y las metas personales significativas.
  - Pone énfasis en las declaraciones automotivacionales de la persona usuaria, tanto de su deseo como de su compromiso con el cambio.
- El/la terapeuta de MET trabaja partiendo de la base de que la motivación interna no sólo es necesaria, sino que a menudo es el único factor necesario para generar el cambio.
- Las investigaciones han revelado la eficacia de la terapia de estimulación motivacional para tratar los TUS que involucran:
  - Alcohol;
  - Marihuana; y
  - Nicotina[37].

36 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Retrieved on March 22, 2017 https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based- guide/evidence-basedapproaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral2

37 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

## *Enfoques Basados en la Familia*

- La sola participación de la familia no es un modelo específico de tratamiento. Sin embargo, numerosas investigaciones demuestran que la participación de la familia en los programas de tratamiento puede mejorar significativamente los resultados de una persona que sufre un TUS. La mayor parte de los programas ofrecen servicios para las familias en sus enfoques de tratamiento.
- Entre los servicios para la familia normalmente se incluyen:
  - Psicoeducación para la familia;
  - Grupos de apoyo a la familia; y
  - Consejería para la familia.
- La participación de la familia es esencial para la solidez y duración de la recuperación de la persona usuaria porque:
  - Los miembros de la familia estaban involucrados con la persona usuaria antes del tratamiento;
  - Los miembros de las familias estarán involucrados con la persona usuaria después del tratamiento; y
  - Los servicios orientados a la familia pueden asegurar que los cambios en las dinámicas familiares ejerzan una influencia positiva en la recuperación de la persona usuaria.
- Una de las principales metas de la participación de la familia es aumentar la comprensión de sus miembros del trastorno por uso de sustancias como una enfermedad crónica. Esto ayuda a los miembros de la familia a:
  - Comprender la forma en que los TUS se interrelacionan con los problemas familiares;
  - Comprender las causas y efectos de los TUS desde una perspectiva familiar;
  - Identificar y cambiar los patrones de la relación familiar que trabajan en contra de la recuperación;
  - Prepararse para los desafíos de la recuperación inicial; y
  - Aprender sobre las señales de alerta de recaídas.
- Otras dos metas adicionales incluyen el ayudar a los miembros de la familia a:
  - Descubrir y trabajar sobre la base de las fortalezas de la familia;
  - Obtener apoyo a largo plazo para ellos mismos.
- Aun cuando las familias pueden ser fundamentales para el éxito de una persona con TUS, algunos miembros de la familia podrían ellos mismos necesitar tratamiento antes de poder constituirse en un recurso tan útil para las personas usuarias. Muchas personas usuarias proceden de familias particularmente caóticas y disfuncionales o sufren trastornos por uso de sustancias multigeneracionales, trastornos mentales y otros problemas.
- Las familias poseen los recursos y el potencial para la recuperación.
- La intervención familiar debe enfocarse en el desarrollo de estos recursos y en el empoderamiento de los miembros de la familia.

- El estudio de la eficacia de las terapias centradas en la familia ha presentado dificultades debido a problemas metodológicos en estudios controlados que se han llevado a cabo. Este tipo de terapias ha demostrado mejores resultados en intervenciones en adolescentes con problemas de uso de sustancias. Las terapias más investigadas en el campo de los comportamientos adictivos son la Terapia Familiar Estratégica Breve, la Terapia Familiar Multidimensional y la Terapia Familiar Multisistémica. Otorgan un peso importante o central a la familia como parte de la solución del problema del uso de sustancias por la interrelación que existe entre sus miembros y porque en ocasiones el uso de sustancias es una señal del malestar provocado por el funcionamiento familiar[38] [39].
- Varios enfoques familiares específicos se consideran prácticas basadas en la evidencia para el tratamiento de los TUS:
  1. La terapia conductual de pareja para el abuso de sustancias (TCP);
  2. La terapia multisistémica (TMS) para adolescentes;
  3. La terapia familiar multidimensional (TFMD) para adolescentes; y
  4. La terapia familiar estratégica breve (TFEB) para adolescentes.

## *Terapia Conductual de Pareja para el Abuso de Sustancias (TCP)*

- La terapia conductual de pareja suele utilizarse como complemento de otros enfoques de tratamiento de los TUS. La TCP se basa en los supuestos de que:
  - Las parejas íntimas pueden premiar la abstinencia; y
  - Reducir la angustia en la relación disminuye las posibilidades de recaída.
- Los componentes de un programa de TCP incluyen:
  - Un contrato de recuperación o de sobriedad entre las parejas y el/la terapeuta;
  - Actividades y tareas diseñadas para incrementar los sentimientos positivos, actividades compartidas, y comunicación constructiva; y
  - Planificación de prevención de recaídas[40].
- En la TCP, el cónyuge o la pareja desempeña un papel activo en el tratamiento, lo que minimiza el sentimiento de impotencia que conlleva vivir con una persona con un TUS. Las parejas acuden a entre 15 y 20 sesiones de una hora durante un periodo de 5 a 6 meses.
- Las sesiones siguen una secuencia determinada:
  - El/la terapeuta pregunta sobre el uso de sustancias desde la última sesión;

38 U.S. National Registry of Evidence-based Practices and Programs. (2011) Behavioral couples therapy for alcoholism and drug abuse. Rockville, Maryland: SAMHSA. Retrieved March 22, 2017 from http://legacy.nreppadmin.net/ViewIntervention.aspx?id=134

39 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Retrieved on March 22, 2017 https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based-guide/evidence-basedapproaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches

40 O'Farrell, T. J., & Schein, A. Z. (2000). Behavioral Couples Therapy for Alcoholism and Drug Abuse. Journal of Substance Abuse Treatment, 18(1), 51–54. Obtenido en marzo 22, 2017 de https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3215582/

- La pareja examina el cumplimiento del contrato de recuperación;
- La pareja presenta y discute la tarea asignada en la última sesión;
- La pareja discute los problemas en las relaciones desde la última sesión;
- El/la terapeuta presenta nuevos materiales; y
- El/la terapeuta asigna nuevas tareas.

- Los investigadores(as) han determinado que la terapia conductual de pareja es efectiva para tratar a las siguientes poblaciones:
  - Hombres con trastornos por uso de alcohol y sus cónyuges; y
  - Hombres y mujeres con trastornos por uso de drogas y sus parejas[41].
- En comparación con el tratamiento individual después de un año de seguimiento, la TCP produce mayor:
  - Asistencia al tratamiento;
  - Adherencia a la naltrexona en personas que usan opioides; y
  - Tasas de abstinencia.
- La TCP también mostró menos problemas relacionados con drogas, así como menos problemas de tipo legal y familiar en ese punto de seguimiento de un año.

## *La Terapia Multisistémica (TMS)*

- La TMS es un enfoque intensivo que se implementa en hogares y comunidades, y se enfoca en cambiar la forma de pensar y el comportamiento de los/las adolescentes con TUS y sus padres/madres. El enfoque utiliza estrategias cognitivo-conductuales y de desarrollo social (factores de riesgo y de protección) para centrarse en las fortalezas de las familias para facilitar un cambio positivo[42].
- Las intervenciones de TMS se realizan en el hogar para superar las altas tasas de abandono de otros tratamientos y se centran en:
  - Promover un comportamiento responsable;
  - Disminuir acciones irresponsables por parte de miembros de la familia;
  - Abordar lo que está sucediendo en ese momento en vida del/de la adolescente; y
  - Adoptar medidas inmediatas orientadas a problemas bien definidos y concretos.
- La TMS se centra en:
  - Evaluar patrones de comportamiento dentro y entre los elementos de la vida de un(a) adolescente — familia, profesores(as), amigos(as), casa, escuela, y comunidad — que sustentan los problemas identificados;

41 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

42 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Retrieved on March 22, 2017 https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based- guide/evidence-basedapproaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches

- Desarrollar la capacidad de los/las adolescentes para llevarse bien con sus pares; y
- Adquirir habilidades académicas y vocacionales que promuevan una transición exitosa a la edad adulta.

- La TMS no se centra en comprender o intentar obtener información del pasado; tampoco los/las terapeutas de la TMS etiquetan a las familias como resistentes, renuentes al cambio o desmotivadas. En lugar de ello, el enfoque de la TMS evita culpar a la familia, mientras simultáneamente empodera a los padres/madres [u otros cuidadores(as)] para abordar las necesidades de la familia una vez que finaliza el tratamiento. De hecho, se considera que el cuidador(a) es el elemento clave del éxito a largo plazo, mientras que la responsabilidad de los resultados positivos del tratamiento recae por completo en el equipo de la TMS.
- Los investigadores(as) han comprobado que la terapia multisistémica es efectiva para reducir significativamente el consumo de drogas de los/las adolescentes durante el tratamiento y durante al menos seis meses después del mismo. Además, un menor número de encarcelamientos y de internamiento de menores fuera del hogar compensa el costo de proporcionar este servicio en forma intensiva así como de mantener bajo el número de casos por terapeuta[43].

## *La Terapia Familiar Multidimensional (TFMD) para Adolescentes*

- La terapia familiar multidimensional (TFMD) para adolescentes es el tercer enfoque de intervención familiar. Al igual que la terapia familiar multisistémica, la TFMD considera el uso de sustancias en adolescentes en términos de una "red de influencias" (individual, familiar, de pares, de la comunidad) y sugiere que la reducción del comportamiento no deseado y el aumento del comportamiento deseado se produce de múltiples formas en diferentes entornos[44].
- Al trabajar con el/la joven individualmente y con su familia, la TFMD le ayuda a desarrollar habilidades de afrontamiento y de resolución de problemas más efectivas para una mejor toma de decisiones y ayuda a la familia a mejorar el funcionamiento interpersonal como factor de protección contra el abuso de sustancias y los problemas relacionados.
- La TFMD incluye sesiones individuales y familiares que se llevan a cabo en centros de terapia, en el hogar o con miembros de la familia en las escuelas, tribunales u otras ubicaciones comunitarias. En las sesiones individuales, el/la terapeuta y el/la adolescente trabajan en:
  - Ejercicios de desarrollo, tales como la adquisición de habilidades para la toma de decisiones, la negociación y la resolución de problemas;
  - Habilidades vocacionales; y
  - Habilidades para comunicar los pensamientos y sentimientos que les permitan afrontar mejor los estresores de la vida.

43 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2009). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 2nd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. 46-47

44 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Obtenido en marzo 22, 2017 de https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based- guide/evidence-basedapproaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches

- Se llevan a cabo sesiones paralelas con miembros de la familia, donde los padres/madres pueden:
  - Examinar los estilos particulares de crianza, aprendiendo a diferenciar la influencia del control; y
  - Aprender a ejercer una influencia positiva y apropiada para el desarrollo de sus hijos/hijas.
- Los investigadores(as) han comprobado que la terapia familiar multidimensional es efectiva para disminuir la gravedad del uso de cannabis y de alcohol; y la gravedad general de los problemas relacionados con el uso de sustancias.

## *La Terapia Familiar Estratégica Breve (TFEB)*

- El último enfoque basado en la familia que examinaremos es la terapia familiar estratégica breve (TFEB). La TFEB es un enfoque breve impartido en 12 a 16 sesiones con la familia. La TFEB se enfoca en las interacciones familiares que se considera mantienen o empeoran el uso de sustancias en adolescentes, así como otros comportamientos problemáticos, tales como:
  - Problemas de conducta en la casa y en la escuela;
  - Comportamiento oposicional;
  - Actividades ilícitas;
  - Relacionarse con pares antisociales;
  - Comportamientos agresivos y violentos; y
  - Comportamiento sexual riesgoso[45].
- La TFEB se basa en el enfoque de los sistemas familiares al tratamiento. Se asume que los comportamientos de los miembros de la familia son interdependientes, de modo que los síntomas de un miembro cualquiera indican, al menos en parte, lo que está ocurriendo en el sistema familiar.
- El rol del/de la terapeuta de la terapia familiar estratégica breve es:
  - Identificar los patrones de la interacción familiar que se encuentran asociados con los problemas de comportamiento del/de la adolescente; y
  - Ayudar a cambiar esos patrones familiares.
- La TFEB es un enfoque flexible, que puede ser adaptado a un amplio rango de situaciones familiares en diversos entornos:
  - Clínicas de salud mental;
  - Programas de tratamiento de TUS;
  - Otros establecimientos de servicios sociales; y
  - Los hogares de las familias.

45 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Retrieved on March 22, 2017 https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based- guide/evidence-basedapproaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches

- La TFEB también se puede adaptar a diversas modalidades de tratamiento:
  - Como una intervención primaria ambulatoria;
  - En combinación con un tratamiento residencial o diario; y
  - Como un servicio de atención continua/postratamiento a continuación del tratamiento residencial.
- La TFEB es un programa altamente estructurado que se ofrece a través de un manual, y requiere una capacitación específica por parte del Brief Strategic Family Therapy® Institute (Instituto de Terapia Familiar Estratégica Breve).
- Los principales beneficiarios de la TFEB han sido familias urbanas hispanas, aunque también han participado familias afroamericanas y euroamericanas. Los investigadores(as) han comprobado que la terapia familiar estratégica breve es efectiva para:
  - Reducir el uso de marihuana y de sustancias en general;
  - Disminuir problemas de conducta y la agresividad socializada; y
  - Mejorar el funcionamiento de las familias[46].

## *El Manejo de Contingencias (MC)*

- La investigación ha demostrado la eficacia de los enfoques de tratamiento que utilizan los principios del manejo de contingencias. El manejo de contingencias se basa en el principio conductual de que recompensar un comportamiento lo refuerza o hace más probable que se repita. También se puede reforzar un comportamiento eliminando una consecuencia negativa; a esto se le llama refuerzo negativo[47].
- El manejo de contingencias en el tratamiento de los TUS significa que los/las personas usuarias tienen la oportunidad de ganar incentivos de bajo costo, o recompensas, por comportamientos deseables, como por ejemplo, acudir a las sesiones de grupo, ser puntuales, intentar nuevos comportamientos o que su prueba de orina salga sin drogas. Estos incentivos pueden consistir en premios que se entregan inmediatamente o en vales que pueden canjearse por alimentos, pases para el cine o artículos personales.
- Desde una perspectiva conductual, se considera que el uso de sustancias es mantenido por los efectos de reforzamiento positivo de la sustancia propiamente tal o por el refuerzo negativo de revivir el dolor de la abstinencia. De esta forma, la “atracción” de la dependencia y sus recompensas inmediatas son muy fuertes para las personas con TUS.
- El proceso de mantenerse en la abstinencia tiene sus propias recompensas eventuales, por ejemplo:
  - Un estilo de vida más sano;
  - Empleo y autosuficiencia;
  - Oportunidades educacionales; y
  - Mantener relaciones positivas.

46 U.S. National Registry of Evidence-based Practices and Programs. (2011) Multidimentional Family Therapy. Rockville, Maryland: SAMHSA. (http://nrepp.samhsa.gov/ViewIntervention.aspx?id=151)

47 U.S. National Institute on Drug Abuse. (2012). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author. Retrieved on March 22, 2017 https://www.drugabuse.gov/publications/principles-adolescent-substance-use-disorder-treatment-research-based- guide/evidence-basedapproaches-to-treating-adolescent-substance-use-disorders/family-based-approaches

- Sin embargo, la palabra “eventual” es clave; normalmente pasa mucho tiempo antes de que estas recompensas internas sean experimentadas por una persona usuaria que intenta realizar cambios de comportamiento tan significativos. Por ello, debido a que la abstinencia por sí sola podría no ser suficiente refuerzo para mantener la motivación para dejar de consumir alcohol o drogas, el MC utiliza recompensas más inmediatas para reforzar tanto las fases tempranas de la abstinencia como el cambio de estilo de vida.
- De esta forma, el MC motiva el cambio conductual de las personas usuarias y refuerza la abstinencia al premiar sistemáticamente los comportamientos deseables:
  - Las recompensas proporcionadas normalmente consisten en eventos u objetos positivos, placenteros y gratificantes; sin embargo,
  - Algunos refuerzos negativos también son efectivos, como por ejemplo la eliminación de una multa o restricción una vez que la persona usuaria ha cumplido una condición determinada.
- Hay numerosas formas de manejo de contingencias, cada una con técnicas propias. Sin embargo, cada una de estas formas se encuentra fundamentada sobre un conjunto de principios rectores:
  - Identificar un comportamiento que sea claramente observable y medible. Por ejemplo, si el comportamiento objetivo es la abstinencia, realizar pruebas de consumo de drogas y alcohol in situ;
  - Seleccionar un cambio de comportamiento deseado que pueda contribuir al logro de las metas del tratamiento; y
  - Recompensar los pequeños cambios.
- Escoger recompensas que sean importantes para las personas usuarias preguntándoles qué recompensas serían las más deseables para ellas;
  - Premiar el comportamiento objetivo de la forma más inmediata posible;
  - Brindar refuerzos frecuentes;
  - Entregar todas las recompensas según lo acordado, para que el tratamiento siga teniendo credibilidad; y
  - Utilizar una serie de recompensas escalonadas para proporcionar un mayor incentivo que permita mantener el comportamiento deseado.
- Se han investigado diferentes tipos de programas de incentivos:
  - Acceso contingente a privilegios; por ejemplo mediante un sistema de niveles crecientes de privilegios;
  - Distribución in situ de los premios;
  - Reembolsos o rebajas; y
  - Vales u otros sistemas de economía de fichas.
- Un desafío de los programas de manejo de contingencias se relaciona con identificar una recompensa para un comportamiento deseado que sea:
  - Práctica;
  - Disponible sin requerir demasiado costo o inversión de energía del personal; y
  - Suficientemente duradera a lo largo del tiempo como para reemplazar o sustituir los efectos tan potentes, placenteros o reductores de dolor de la sustancia usada.

- Un tipo de manejo de contingencias se denomina Refuerzo Comunitario (RC) y utiliza refuerzos sociales, recreativos, familiares y vocacionales en lugar de recompensas materiales o privilegios dentro del programa. El RC se basa en la premisa de que los recursos ambientales pueden ser muy efectivos para cambiar el comportamiento de uso de sustancias. Un sólido componente de manejo de casos resulta fundamental para utilizar el enfoque de RC.
- Una forma de RC, el enfoque de refuerzo comunitario con vales, ha sido documentado como una PBE. El modelo estudiado originalmente consistía en una terapia intensiva ambulatoria de 24 semanas para tratar la adicción al alcohol y a la cocaína. El tratamiento tenía dos metas primarias:
  - Que las personas usuarias mantuvieran su abstinencia el tiempo suficiente como para aprender nuevas habilidades de vida y sostener y reforzar la abstinencia; y
  - Reducir el consumo de alcohol en personas cuyos hábitos de beber estaban asociados al consumo de cocaína.
- En este programa, las personas usuarias asisten a una o dos sesiones de consejería individual cada semana enfocándose en:
  - Mejorar las relaciones familiares;
  - Aprender una variedad de habilidades necesarias para reducir el uso de drogas y alcohol;
  - Recibir consejería vocacional; y
  - Desarrollar nuevas actividades recreativas y redes sociales.
- También se utilizan vales, que son entregados tras haber obtenido resultados negativos en las pruebas de consumo de cocaína. Los vales aumentan de valor por cada muestra negativa obtenida. Se pueden canjear por mercancías acordes con un estilo de vida libre de cocaína.
- Se determinó que este enfoque específico de RC:
  - Facilita la participación de las personas usuarias en el tratamiento; y
  - Promueve el aumento de los períodos de abstinencia de cocaína.
- El enfoque de refuerzo comunitario con vales se ha probado con el tiempo y se ha considerado efectivo para aumentar la retención en el tratamiento y promover la abstinencia de sustancias. Se han llevado a cabo estudios con una variedad de poblaciones de adultos(as) y adolescentes de diversos orígenes étnicos y en diversos entornos, como por ejemplo en programas ambulatorios y residenciales, clínicas de mantenimiento con metadona y programas especializados para adolescentes.
- Se ha documentado que el manejo de contingencias en general es una intervención efectiva para una serie de TUS relacionados con:
  - Alcohol;
  - Estimulantes;
  - Opioides;
  - Marihuana; y
  - Nicotina[48].

48 National Institute on Drug Abuse. (2009). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide, 3rd Ed. NIH Publication No. 09-4180. Bethesda, Maryland: Author.

## *Terapia de Facilitación de los 12 Pasos*

- "La terapia de facilitación de los doce pasos es una estrategia de compromiso activo diseñada para aumentar la probabilidad de que las personas con trastornos por uso de sustancias se incorporen y participen activamente en los grupos de autoayuda de los 12 pasos, promoviendo así la abstinencia"[49].
- La Terapia de Facilitación de los 12 Pasos se basa en tres ideas fundamentales:

  **1**. la aceptación, que incluye tomar conciencia de que la adicción a las drogas es una enfermedad crónica y progresiva sobre la que no se tiene control, que la vida se ha vuelto ingobernable a causa de las drogas, que la fuerza de voluntad por sí sola es insuficiente para superar el problema y que la abstinencia es la única alternativa;

  **2.** la rendición, que implica entregarse a un poder superior, aceptar el compañerismo y la estructura de apoyo de otras personas adictas en recuperación y seguir las actividades de recuperación establecidas por el programa de los 12 Pasos; y

  **3.** la participación activa en las reuniones y actividades asociadas del programa de los 12 Pasos. Si bien la eficacia de los programas de los 12 Pasos (y de la terapia de facilitación de los 12 Pasos) para el tratamiento de la dependencia del alcohol ha sido establecida, la investigación sobre su utilidad para otras formas de abuso de sustancias es más preliminar, pero el tratamiento parece prometedor para ayudar a las personas con trastornos por uso de sustancias a mantener la recuperación.
- Los grupos de autoayuda pueden complementar y ampliar los efectos del tratamiento profesional.
- Los grupos de autoayuda más conocidos son los afiliados a Alcohólicos Anónimos (AA), Narcóticos Anónimos (NA) y Cocaína Anónimos (CA), todos ellos basados en el modelo de los 12 Pasos.
- La mayoría de los programas de tratamiento de la adicción a las drogas animan a las personas usuarias a participar en la terapia de grupos de autoayuda durante y después del tratamiento formal. Estos grupos pueden ser especialmente útiles durante la recuperación, ya que ofrecen un estrato adicional de apoyo social a nivel comunitario para ayudar a las personas a lograr y mantener la abstinencia y otros comportamientos de estilo de vida saludables a lo largo de la vida.
- Los resultados de una serie de estudios empíricos recientes corroboran los resultados de las encuestas a miembros de grupos de apoyo mutuo, apoyando la efectividad clínica de los enfoques de los 12 Pasos. Revisiones de esta literatura han señalado, entre otros resultados positivos, que la participación en AA y NA se asocia con una mayor probabilidad de abstinencia, a menudo durante períodos prolongados de hasta 16 años (Moos & Moos, 2006), un mejor funcionamiento psicosocial y mayores niveles de autoeficacia[50].
- Participar en los programas de los 12 Pasos mientras se está en tratamiento, especialmente en las reuniones de grupo celebradas en el programa de tratamiento, y asistir a las reuniones de los 12 Pasos al mismo tiempo que se está inscrito en el tratamiento especializado, se asocia con mejores resultados.

---

49 NIDA. 2020, June 1. 12-Step Facilitation Therapy (Alcohol, Stimulants, Opiates). Extraído de https://www.drugabuse.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/evidence-based-approaches-to-drug-addiction-treatment/behavioral-therapies/12-step on 2021, January 27

50 Humphreys, 2003; Humphreys et al., 2004; Kaskutas, 2009; Krentzman et al., 2010; Owen et al., 2003; Moos & Moos, 2006), En Donovan, D. M., Ingalsbe, M. H., Benbow, J., & Daley, D. C. (2013). 12-step interventions and mutual support programs for substance use disorders: an overview. Social work in public health, 28(3-4), 313–332. https://doi.org/10.1080/19371918.2013.774663

## La Farmacoterapia para la dependencia

- La farmacoterapia se define como el uso de sustancias psicoactivas médicamente prescritas para el tratamiento de enfermedades psiquiátricas y conductuales. También se conoce como tratamiento asistido por medicamentos (TAM).
- El TAM combina medicamentos con terapias conductuales para tratar los TUS. Las drogas más efectivas se han desarrollado en los últimos 30 años, y desde entonces la terapia farmacológica ha desempeñado un papel cada vez más importante en el tratamiento de las adicciones. Es importante señalar que el TAM no es lo mismo que sustituir una droga adictiva por otra y que si se utiliza adecuadamente, la droga no crea una nueva adicción. El TAM ayuda a prevenir recaídas y facilita períodos más largos de abstinencia.
- Los medicamentos deben ser prescritos por un(a) profesional clínico. No es un tratamiento autónomo. Debe combinarse con consejería (TCC y MC) y con manejo de casos. La dependencia de sustancias evoluciona siguiendo un proceso complejo que se entreteje a través de la intrincada red de factores biológicos, psicológicos y socioculturales. El TAM debe ser prescrito por un(a) profesional clínico que, de ser posible, debe formar parte del equipo de tratamiento de la persona o estar en contacto con dicho equipo. Los medicamentos se utilizan principalmente en forma adicional a los tratamientos psicosociales y el papel de la farmacoterapia en el tratamiento depende del tipo específico de TUS.
- Hay una serie de opciones de TAM disponibles, pero los más exitosos han sido aquellos para la dependencia de opioides, tabaco y alcohol. El enfoque terapéutico involucra el uso de drogas que tienen acciones similares a las de la droga de abuso pero que presentan perfiles farmacocinéticos diferentes. Es importante recordar que el TAM debe combinarse con consejería y con terapias conductuales para generar un enfoque que abarque a la "persona integralmente" con el fin de tratar con éxito el trastorno.
- Actualmente, no hay medicamentos específicos aprobados para la mayoría de los estimulantes, alucinógenos e inhalantes. El tratamiento es mayormente sintomático. Por ejemplo, los medicamentos generalmente se prescriben para ayudar a calmar al individuo y tratar cualquier trastorno co-ocurrente, como por ejemplo trastornos psiquiátricos o afecciones fisiológicas.

## TAM para Trastornos por Uso de Opioides

- Los opioides son sustancias psicoactivas extraídas de la amapola, o de sus análogos sintéticos. Algunos ejemplos son la morfina y la heroína. Los medicamentos opioides son algunos de los más prescritos en el mundo. Si bien se prescriben principalmente para tratar el dolor, también se prescriben para la tos y la diarrea. Millones de personas experimentan la adicción a los opioides en el mundo; miles de muertes ocurren producto de sobredosis de opioides. Sin embargo, es importante señalar que por lo general los opioides son seguros cuando se utilizan por un período breve de tiempo y de acuerdo con una prescripción bajo supervisión clínica. Los medicamentos como la buprenorfina y la metadona también son seguros y efectivos para el tratamiento de los problemas de uso de opioides cuando se prescriben de acuerdo con las especificaciones del producto.
- La naltrexona actúa bloqueando los efectos eufóricos y sedantes de drogas como la heroína y la morfina. De esta manera, evita la sensación de euforia si se toman opioides mientras la naltrexona está en el organismo. Si una persona ha consumido opioides como la heroína o la morfina y luego toma naltrexona, es probable que experimente repentinamente la abstinencia de opioides. Para evitar los signos y síntomas inmediatos y graves de la abstinencia de opioides, la persona debe estar desintoxicada médicamente y libre de opioides durante varios días antes de empezar a tomar naltrexona.

- A diferencia de la naltrexona que es un antagonista opioide total mu (μ), la buprenorfina es un agonista opioide parcial mu (μ). Esto significa que la buprenorfina puede producir euforia y cierta depresión respiratoria leve en dosis bajas o moderadas. Sin embargo, estos efectos no son tan fuertes como los que producen la metadona y la heroína.
- La farmacología de la buprenorfina ayuda a disminuir los signos y síntomas de abstinencia y los cravings o deseos intensos. También es mucho más difícil sufrir una sobredosis por su causa. La mayoría de los casos de sobredosis con buprenorfina se dan en combinación con la inyección de benzodiacepinas.
- La metadona es el medicamento más antiguo para tratar los problemas por uso de opioides. Al ser un agonista opioide mu (μ) total, cuanto más medicamento ingiera una persona más efecto tendrá. Tomar metadona puede reducir los signos y síntomas de abstinencia y los cravings o deseos intensos de consumir opioides. Aunque tanto la metadona como la buprenorfina pueden ser objeto de un uso indebido, tomarlas tal como se prescriben para el tratamiento no es sustituir un opioide por otro. No es lo mismo que abusar de la heroína.
- La naltrexona podría ser beneficiosa para algunas personas en tratamiento. Podría ser beneficiosa para personas que han completado una desintoxicación o abstinencia y quieren tomar un medicamento que les ayude a evitar sentir los efectos de los opioides. La adherencia de las personas al tratamiento con naltrexona suele representar un problema.
- Debido a su “efecto techo”, el uso de la buprenorfina es especialmente seguro. El efecto techo limita los niveles de euforia que se experimentan con la ingestión continua de la droga. A medida que la persona ingiere más y más buprenorfina, se produce cierto aumento de la euforia, pero sólo hasta un punto determinado. En este punto, el aumento de la ingesta no conduce a niveles más altos de euforia, se alcanza un efecto de estancamiento y la persona se sentirá exactamente igual.
- La metadona ha demostrado ser segura y efectiva. La SAMHSA (2015) señala que la metadona funciona de dos maneras: atenúa los signos y síntomas de la abstinencia de opioides y bloquea los efectos eufóricos de opiáceos y opioides tales como la heroína y la oxicodona. También es importante tener en cuenta que la metadona sólo debe distribuirse en centros de tratamiento autorizados, conocidos como Programas de Tratamiento de Opioides (OTP por sus siglas en inglés). La metadona se puede ofrecer en forma de pastillas, de líquido y de obleas.
- El tiempo que una persona podría necesitar tomar metadona, o cualquiera de los medicamentos mencionados anteriormente, variará; la decisión de comenzar, mantener o dejar de usar cualquiera de estos medicamentos debe ser discutida y supervisada por el/la profesional médico que la prescribe.

## *TAM para Trastornos por Consumo de Alcohol*

- Si bien el alcohol es una sustancia legal en algunos países, puede causar graves efectos psicológicos, económicos, fisiológicos y emocionales. El consumo de alcohol causa millones de muertes anualmente en todo el mundo. Es el tercer factor de riesgo más grande de enfermedad y discapacidad en el mundo. También es un factor causal en más de 60 tipos de enfermedades y condiciones, y una causa concomitante en otras 200. El alcohol afecta todos los órganos del cuerpo y el consumo a largo plazo puede conducir a graves problemas, tales como daño al hígado y al corazón y deterioro del sistema nervioso central.

- La naltrexona puede ayudar a reducir el consumo compulsivo de alcohol entre los candidatos(as) a recibirla; su prescripción incluye a las personas que pueden comenzar y permanecer libres de alcohol en un entorno ambulatorio antes de iniciar el tratamiento. La naltrexona funciona como una droga contra los cravings o deseos intensos, y actúa bloqueando el efecto reforzador de las bebidas alcohólicas a través de su acción como antagonista opioide.
- El disulfiram, también conocido como Antabuse, fue la primera droga aprobada para tratar la dependencia del alcohol. Este medicamento causa una aguda reacción física cuando se ingiere con alcohol. Una vez que el alcohol penetra en el organismo, el hígado metaboliza el alcohol o el etanol en acetaldehído. La enzima aldehído deshidrogenasa descompone el acetaldehído en ácido acético. El disulfiram actúa evitando que la aldehído deshidrogenasa descomponga el acetaldehído, causando así que los altos niveles de este subproducto permanezcan en la sangre. Esta droga causa una aguda reacción física cuando se ingiere con alcohol.
- El acamprosato puede facilitar que la persona usuaria se mantenga libre de alcohol al normalizar o estabilizar la actividad cerebral, en particular los sistemas neurotransmisores de glutamato y el GABA. Recuerden que los depresores, tales como el alcohol, afectan directamente al neurotransmisor GABA e indirectamente al glutamato.
- La administración de naltrexona requiere que la persona usuaria no tenga daño hepático. Si hay niveles elevados de enzimas hepáticas, se desaconseja su uso. Hay trabajos publicados que proponen un uso “a demanda”, en el que la naltrexona se utiliza en una estrategia de “extinción del comportamiento”; en cuyo caso, la persona usuaria toma el medicamento si prevé que va a consumir bebidas alcohólicas ese día. (ver citas 1 y 2). Se debe tener especial cuidado con aquellas personas usuarias que presenten hipersensibilidad a la naltrexona, que sufran una enfermedad hepática o que podrían estar utilizando analgésicos narcóticos. Que la persona tenga una enfermedad hepática, que esté en la categoría C de embarazo.
- El disulfiram (también conocido como Antabuse) nunca debe administrarse a una persona usuaria que esté intoxicada, o sin su pleno conocimiento. Los familiares de las personas usuarias también deben ser informados de esta advertencia. Hay que tener especial precaución con las personas que presenten alguna de las siguientes características: hipersensibilidad al Antabuse, enfermedad hepática, alcohol en el organismo, psicosis, enfermedad coronaria o diabetes.
- El candidato(a) ideal para el acamprosato incluye a personas que:
  - están libres de alcohol al inicio del tratamiento,
  - están libres de alcohol inmediatamente después de una abstinencia aguda, y
  - están comprometidos(as) con la recuperación.
- Nota: Se debe tener especial precaución con el acamprosato en aquellas personas que:
  - presentan hipersensibilidad a la droga,
  - sufren de insuficiencia renal (la dosis podría ser modificada), o
  - son adultos(as) mayores o personas con depresión. (En estos últimos casos, su uso está indicado sólo cuando los beneficios potenciales justifican el riesgo).

## *TAM para Trastornos por Consumo de Tabaco*

- La dependencia del tabaco es una enfermedad crónica que suele requerir una intervención repetida y múltiples intentos para dejarlo. Sin embargo, existen tratamientos que pueden mejorar significativamente las tasas de abstinencia a largo plazo.
- Existen numerosos medicamentos efectivos para la dependencia del tabaco y los/las profesionales médicos deben fomentar su uso en todas las personas que intenten dejar de fumar, excepto cuando estén médicamente contraindicados o en poblaciones específicas para las que no hay pruebas suficientes de su eficacia (p. ej., mujeres embarazadas, consumidores de tabaco sin humo, fumadores ocasionales y adolescentes).
- Siete medicamentos de primera línea (5 con nicotina y 2 sin nicotina) aumentan de forma confiable las tasas de abstinencia de tabaco a largo plazo[51]:
  - Bupropión SR
  - Chicle de nicotina
  - Inhalador de nicotina
  - Pastillas de nicotina
  - Aerosol nasal de nicotina
  - Parche de nicotina
  - Vareniclina
- Por ahora, nos concentraremos en dos medicamentos que no contienen nicotina: el bupropión y la vareniclina.
- La vareniclina es una droga desarrollada específicamente para el tratamiento del tabaquismo; actúa como agonista parcial de los receptores colinérgicos nicotínicos, por lo que funciona reduciendo los efectos placenteros de la nicotina. Debido a que es un agonista parcial, libera menos dopamina en el núcleo accumbens, y su mayor afinidad con el receptor nicotínico bloquea la acción de la nicotina en el momento de fumar, debilitando así la recompensa asociada al consumo de tabaco.
- El bupropión es un antidepresivo atípico que inhibe la recaptación de dopamina y noradrenalina. También ha demostrado su utilidad en el tratamiento de la dependencia de tabaco incluso en personas sin depresión previa.
- Es importante recordar que la consejería y la medicación son efectivas al utilizarlas por sí solas para tratar la dependencia de tabaco. Sin embargo, la combinación de la consejería y la medicación es más efectiva que cada una por separado. Por ello, los/las profesionales médicos deben alentar a las personas que intentan dejar el tabaco, a que utilicen tanto la consejería como la medicación.
- Cabe hacer notar que existen advertencias para estos dos medicamentos, que indican que no son opciones de tratamiento adecuadas para todos los casos.
- Una vez más, es importante recordar que en el tratamiento de los trastornos por consumo de tabaco la combinación de consejería y medicación es más efectiva que cualquiera de las dos por separado.

51 Fiore MC, Jaen CR, Baker TB, et al. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. Quick Reference Guide for Clinicians. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. Public Health Service. April 2009.

## *El Manejo de la Recuperación*

- El manejo de la recuperación implica reuniones o llamadas telefónicas periódicas de control o seguimiento (chequeos), llevadas a cabo por un(a) terapeuta del tratamiento del uso de sustancias. Los chequeos pueden ayudar a sostener la recuperación y evitar recaídas[52].
- Existe evidencia de que los chequeos de recuperación son métodos efectivos para manejar la recuperación a lo largo del tiempo, y que son estrategias rentables y potencialmente ahorrativas para promover la abstinencia y reducir el uso de sustancias entre las personas con trastornos por uso de sustancias crónicos[53].

52 World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime, 2020, International standards for the treatment of drug use disorders

53 White, 2007; McCollister et al., 2013; Miller, 2013; Dennis, Scott and Laudet, 2014; Garner et al., 2014

# Módulo 8

## INTEGRACIÓN DEL APRENDIZAJE EN LA PRÁCTICA

*Contenido y Programa de Trabajo* ..... *406*
*Metas de la capacitación y objetivos de aprendizaje* ..... *406*

| Contenido y Programa de Trabajo | | |
|---|---|---|
| **Actividad** | **Duración** | **Persona Responsable** |
| Módulo 8 e introducción al ejercicio de revisión | 10 minutos | |
| Ejercicio en grupos pequeños: Elaboración de un plan de integración en la práctica | 45 minutos | |
| Ejercicio en parejas: Elaboración de un plan de integración en la práctica: Intercambio de Información y Retroalimentación | 15 minutos | |
| Competencia de evaluación del aprendizaje | 20 minutos | |
| ***Almuerzo*** | ***60 minutos*** | |
| Síntesis del Día 5 y evaluación general de la capacitación | 15 minutos | |
| Ceremonia de término del programa y socialización | 30 + min. | |

# *Metas y Objetivos del Módulo 8*

## *Metas de la Capacitación*

- Alentar a los/las participantes a reflexionar sobre los recursos, obstáculos, y estrategias para el cambio; y
- Proporcionar una oportunidad para elaborar un plan personal de integración en la práctica.

## *Objetivos de Aprendizaje*

Los/las participantes que completen el Módulo 8 habrán desarrollado un plan personal de integración en la práctica.

# Anexo A
## Glosario

| | |
|---|---|
| **Analizador de Aliento (BreathalyzerTM)** | Un aparato usado para medir el contenido de alcohol en la sangre (CAS) de una muestra de aliento. El BrethalyzerTM es una marca comercial pero muy a menudo se usa para denominar todo aparato que mida el CAS a través del aliento. |
| **Atención comunitaria o Outreach** | Iniciativas organizadas para identificar y detectar a las personas que podrían tener un problema de uso de sustancias, en lugar de esperar a que sean derivadas a los programas de tratamiento o a que decidan inscribirse en un programa por sí solos. |
| **Continuo de la atención (Continuum of care)** | La gama y los tipos de tratamiento y otros servicios que una persona podría recibir a lo largo del tiempo. |
| **Desintoxicación (Detoxification)** | El proceso de detener el uso de sustancias, eliminar dicha sustancia del organismo, y manejar el síndrome de abstinencia. |
| **Entornos del tratamiento (Treatment setting)** | Lugar donde se proporciona el tratamiento (p. ej., centro de acogida, hospital, programa ambulatorio). |
| **Etapas del Cambio (Stages of change)** | Un modelo basado en un estudio sobre cómo cambian las personas. El estudio reveló que las personas pasan por etapas predecibles: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y recurrencia. |
| **Intensidad y duración del tratamiento (Treatment intensity and duration)** | Con qué frecuencia y durante cuánto tiempo la persona recibe los servicios de tratamiento. |
| **Intervenciones del tratamiento (Treatment interventions)** | Los componentes del tratamiento (p. ej., evaluación, consejería, educación, manejo de casos). |
| **Manejo de casos (Case management)** | Un conjunto de funciones administrativas, clínicas y de evaluación que ayuda a las personas a encontrar y utilizar los recursos que requieren para recuperarse del uso de sustancias u otros problemas; la coordinación de los servicios sociales y profesionales para asistir a las personas con necesidades complejas, a menudo de atención y protección de largo plazo. Los recursos que un individuo busca podrían ser de naturaleza externa (p. ej., vivienda, educación) o interna (p. ej., identificación y desarrollo de habilidades). |

| | |
|---|---|
| **Manejo de la recuperación (Recovery management)** | La movilización e integración de los recursos personales, familiares, profesionales y de la comunidad local hacia la meta de mejorar la duración y la calidad de vida de quienes experimentan trastornos graves y persistentes de salud conductual. |
| **Modalidades de tratamiento (Treatment modality)** | Cómo se proporciona el tratamiento (p. ej., en forma individual con un(a) profesional en adicciones, en un grupo con pares, con otros miembros de la familia). |
| **Motivación (Motivation)** | Una razón o deseo de actuar; aquello que le da sentido y dirección al comportamiento. |
| **Plan de Tratamiento (Treatment plan)** | Un esquema individualizado del tratamiento y los servicios basado en las necesidades específicas de la persona, identificadas en el proceso de evaluación; una actividad conjunta en la que participan el/la terapeuta, la persona usuaria, otros proveedores de tratamiento y (a veces) los miembros de la familia. |
| **Prácticas basadas en la evidencia (Evidence-based practices)** | Aquellas prácticas para las cuales la evidencia es más sólida y aceptada y que tienen mayores probabilidades de producir un impacto significativo en mejorar la atención. |
| **Psicoeducación (Psychoeducation)** | La educación proporcionada a personas que tienen un trastorno mental o por uso de sustancias. La psicoeducación también se ofrece a los miembros de la familia de las personas usuarias. Una meta principal de la psicoeducación es ayudar a la persona o a su familia a comprender mejor y afrontar de forma más efectiva el trastorno. |
| **Recuperación (Recovery)** | Un proceso de cambio a través del cual los individuos trabajan para mejorar su propia salud y bienestar y para llevar una vida significativa en una comunidad de su elección mientras se esfuerzan por alcanzar su máximo potencial. |
| **Síndrome de abstinencia (Withdrawal syndrome)** | Conjunto de signos y síntomas predecibles que se producen cuando una persona deja de tomar una sustancia psicoactiva de forma brusca o disminuye rápidamente la cantidad que consume. |
| **Teoría (Theory)** | Un marco basado en hechos para describir un fenómeno (un acontecimiento o una serie de sucesos); un concepto o visión particular de un fenómeno; un sistema de reglas o de principios basados en evidencias. |

U.S. National Quality Forum. (2007). National voluntary consensus standards for the treatment of substance use conditions: Evidence-based treatment practices (abridged version) (p. v). Washington, DC: Author.

# Anexo B
## Recursos

### *Estadísticas sobre el Uso de Drogas a Nivel Global*

United Nations Office on Drugs and Crime. (2020). World drug report 2020. New York: United Nations.

World Health Organization. (2010). Management of substance abuse: The global burden. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de World Health Organization. (2011). Management of substance abuse: Facts and figures.Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de ***http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/***

United Nations Office on Drugs and Crime. (2014). World drug report 2014. New York: United Nations. ***http://www.unodc.org/documents/wdr2014/World_Drug_Report_2014_web.pdf***

World Health Organization. (2010). Management of substance abuse: The global burden. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de ***http://www.who.int/substance_abuse/facts/global_burden/en/index.html***

World Health Organization. (2011). Management of substance abuse: Facts and figures. Geneva: Author. Obtenido en diciembre 10, 2010, de ***http://www.who.int/substance_abuse/facts/en/***

### *Tratamiento de los Trastornos por Uso de sustancias — Principios y Componentes Generales*

Center for Substance Abuse Treatment. (1999). Brief interventions and brief therapies for substance abuse, Treatment Improvement Protocol Series 34, HHS Publication No. (SMA) 99-3353. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14512***

Center for Substance Abuse Treatment. (1998). Comprehensive case management for substance abuse treatment, Treatment Improvement Protocol Series 27, HHS Publication No. (SMA) 98-3222. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14516***

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Detoxification and substance abuse treatment, Treatment Improvement Protocol Series 45, HHS Publication No. (SMA) 06-4131. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14497***

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Substance abuse: Clinical issues in intensive outpatient treatment, Treatment Improvement Protocol Series 47, HHS Publication No. (SMA) 06-4182. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14448***

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Substance abuse treatment: Group therapy, Treatment Improvement Protocol Series 41, HHS Publication No. (SMA) 05-3991. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14531***

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. American Journal of Health Promotion, 12(1), 38–48. ***http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/The%20Transtheoretical%20model%20of%20Health%20behavior%20change.pdf***

U.S. National Institute on Drug Abuse. (1999). Principles of drug addiction treatment: A research-based guide (2nd ed.), NIH Publication No. 99-4180. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health. ***http://www.cdhs.state.co.us/adad/PDFs/PODAT.pdf***

U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2010). Family psychoeducation evidence-based practice kit, HHS Publication No. (SMA) 09-4423. Rockville, MD: U.S. Department of Health and Human Services. ***http://store.samhsa.gov/product/SMA09-4423***

World Health Organization and United Nations Office on Drugs and Crime. (2008). Principles of drug dependence treatment. New York: Authors. ***http://www.who.int/substance_abuse/publications/principles_drug_dependence_treatment.pdf***

## *Programas de Autoayuda y de Ayuda Mutua*

Al-Anon/Alateen/Alatot
***http://www.al-anon.alateen.org***

Alcoholics Anonymous
***http://www.aa.org***

Celebrate Recovery
***http://www.celebraterecovery.com***

Cocaine Anonymous
***http://www.ca.org***

Marijuana Anonymous
***http://www.millatiislami.org***

Millati Islami
***http://www.ca.org***

Nar-Anon
***http://www.nar-anon.org/Nar-Anon/Nar-Anon_Home.html***

Narcotics Anonymous
***http://www.na.org***

Native American Wellbriety Movement
***http://www.whitebison.org/wellbriety-movement/wellbriety-movement/htm***

Rational Recovery®
***https://rational.org/index.php?id=1***

SMART (Self-Management and Recovery Training) Recovery®
***http://www.smartrecovery.org***

Women for Sobriety
***http://www.womenforsobriety.org***

# Prácticas Basadas en la Evidencia

## Temas generales

Alcohol and Drug Abuse Institute. (2006). Evidence-based practices for substance use disorders. Seattle, WA: University of the Washington. ***http://adai.washington.edu/ebp***

U.S. National Quality Forum. (2007). National voluntary consensus standards for the treatment of substance use conditions: Evidence-based treatment practices. Washington, DC: Author. ***http://www.rwjf.org/files/research/nqrconsensusreport2007.pdf***

U.S. National Registry of Evidence-based Programs and Practices ***http://www.nrepp.samhsa.gov/Search.aspx***

## Temas específicos

### Terapia Cognitivo-Conductual

Association for Behavioral and Cognitive Therapies. (n.d.). Learn about CBT. New York: Author. ***http://www.abct.org/Professionals/?m=mPro&fa=learnCBT_menu***

Carroll, K. M. (1998). A cognitive-behavioral approach: Treating cocaine addiction, Therapy Manuals for Drug Abuse 2, NIH Publication No. 98-4308. Rockville, MD: U.S. National Institute on Drug Abuse. ***http://archives.drugabuse.gov/txmanuals/CBT/CBT1.html***

Kadden, R. M. (2002). Cognitive-behavior therapy for substance dependence: Coping skills training. Peoria, IL: Behavioral Health Recovery Management Project. ***http://www.bhrm.org/guidelines/CBT-Kadden.pdf***

### Enfoques Motivacionales

Center for Substance Abuse Treatment. (1999). Enhancing motivation for change in substance abuse treatment, Treatment Improvement Protocol Series 35, HHS Publication No. (SMA) 99-3354. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14856/***

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Enhancing motivation for change inservice training, HHS Publication No. (SMA) 06-4190. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/tipcurriculum/pdf/p_complete_manual.pdf***

Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. (2009). Motivational interviewing. Albuquerque, NM: University of New Mexico. ***http://casaa.unm.edu/mi.html***

Miller, W. R. (n.d.). Motivational enhancement therapy with drug abusers. AddictionInfo.org. ***http://www.addictioninfo.org/articles/736/1/Motivational-Enhancement-Therapy-with-Drug-Abusers/Page1.html***

Motivational Interviewing: Resources for Clinicians, Researchers, and Trainers ***http://www.motivationalinterview.org***

### Enfoques Basados en la Familia

Center for Substance Abuse Treatment. (2004). Substance abuse treatment and family therapy, Treatment Improvement Protocol Series 39, HHS Publication No. (SMA) 04-3957. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14505***

Institute for Research, Education, and Training in Addictions. (n.d.). Introduction to behavioral couples therapy (BCT). Pittsburgh, PA: Author. ***http://www.ireta.org/online/ireta_chapters/BCT_chapter1.html***

Liddle, H. A. (2002). Multidimensional family therapy treatment (MDFT) for adolescent cannabis users, Cannabis Youth Treatment Series 5, HHS Publication No. (SMA) 02-3660. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/cyt***

Multisystemic Therapy Services. (2010). What is multisystemic therapy? Mount Pleasant, SC: Author. ***http://www.mstservices.com/index.php/what-is-mst/what-is-mst***

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Behavioral therapies development program—Effective drug abuse treatment approaches: Multidimensional family therapy (MDFT). Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health. ***http://archives.drugabuse.gov/btdp/Effective/Liddle.html***

U.S. National Institute on Drug Abuse. (n.d.). Behavioral therapies development program—Effective drug abuse treatment approaches: Multisystemic therapy (MST). Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health. ***http://archives.drugabuse.gov/btdp/Effective/Henggeler.html***

## *Comunidad Terapéutica*

Center for Substance Abuse Treatment. (2006). Therapeutic community curriculum: Trainer's manual, HHS Publication No. (SMA) 06-4121. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.kap.samhsa.gov/products/manuals/tcc/index.htm***

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2002). What is a therapeutic community? Research report series, NIH Publication No. 02-4877. Bethesda, MD: U.S. National Institutes of Health. ***http://www.nida.nih.gov/PDF/RRTherapeutic.pdf***

World Federation of Therapeutic Communities. ***http://www.wftc.org/mission.html***

## *Manejo de Contingencias / Refuerzo Comunitario*

Budney, A. J. & Higgins, S. T. (1998). A community reinforcement approach: Treating cocaine addiction—Therapy Manuals for Drug Abuse: Manual 2. NIH Publication Number 98-4309. Bethesda, MD: National Institutes on Health.

Meyers, R. J., & Squires, D. D. (n.d.). The community reinforcement approach: A guideline developed for the Behavioral Health Recovery Management Project. Albuquerque, NM: University of New Mexico Center on Alcoholism, Substance Abuse, and Addictions. ***http://www.bhrm.org/guidelines/CRAmanual.pdf***

U.S. National Addiction Technology Transfer Center. (2010). Successful treatment outcomes using motivational incentives. ***http://www.nattc.org/pami/PPT/PAMI_PolicyMakers.ppt***

U.S. National Institute on Drug Abuse. (2010). Principles of drug addiction treatment: A research guide—Evidence-based approaches to drug addiction treatment: Contingency management interventions/motivationalincentives. ***http://www.nida.nih.gov/podat/Evidence2.html***

## *Farmacoterapia*

Center for Substance Abuse Treatment. (2005). Medication-assisted treatment for opioid addiction in opioid treatment programs, Treatment Improvement Protocol Series 43, HHS Publication No. (SMA) 05-4048. Rockville, MD: U.S. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. ***http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK14677***

World Health Organization. (2009). Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. Geneva, Switzerland: Author. ***http://www.who.int/substance_abuse/publications/Opioid_dependence_guidelines.pdf***

# Anexo C

## Reconocimientos especiales

Deseamos expresar nuestro agradecimiento a los siguientes miembros por haber producido la 4ª edición de este manual, que ha sido publicada en el año 2020.

**Hein A. de Haan,**
Tactus Addiction Treatment,
Deventer/Nijmegen Institute for Scientist-Practitioners in Addiction,
*Países Bajos.*

**Teresita M.Paul,**
Académica, University of Arkansas,
*Fayetterville, EE.UU.*

**Wilson J. Washington,**
Asesor de Salud Pública,
SAMHSA-CSAT/PMB.

**Dr. Elizabeth Saenz,**
Coordinadora de Proyectos;
Unidad de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de ONUDD.

**Sanita Suhartono;**
Unidad de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de ONUDD.

**Olga Parakkal;**
Unidad de Prevención, Tratamiento y Rehabilitación de ONUDD.

**Sadie Thimsen,**
Oficial de Asuntos Externos,
INL.

**V. Thirumagal, Ph.D,**
Consultor-Capacitador.

**Beatrice Kathungu, Ph.D,**
Académica,
Kenyatta University.

**Prof. Dr. Mahmood Nazar Mohamed,**
Vice-Rector Adjunto,
Asia Metropolitan University.

**Shirley Mikell,**
Gerente de Proyectos,
SME Consulting, LLP.

**Stephanie Lusk, PhD,**
Profesora Asociada,
University of Arkansas.

**Martha Hurley, Ph.D.,**
Jefa de Departamento y Académica,
Texas A&M University Commerce.

**Hendrée Jones, Ph.D,**
Directora Ejecutiva,
UNC Horizons.

**Dato' Zainuddin A. Bahari,**
Persona de Apoyo/Capacitador-Consultor,
*Malasia.*

**Ma. Elena (Malyn) Cristobal,**
Terapeuta Familiar, Práctica Privada,
*Filipinas.*

**Ma. Veronica Felipe,**
Directora,
Programa de Asesoramiento sobre Drogas de Plan Colombo,
*Sri Lanka.*

**Susmita Banerjee,**
Gerente de Programas,
Programa de Asesoramiento sobre Drogas de Plan Colombo,
*Sri Lanka*.

**George Murimi,**
Gerente de Programas,
Programa de Asesoramiento sobre Drogas de Plan Colombo,
*Sri Lanka.*

**Winona Pandan,**
Gerente de Programas,
Programa de Asesoramiento sobre Drogas
de Plan Colombo,
*Sri Lanka.*

**Nuwan Wickramasinghe,**
Diseñador Gráfico Senior,
Programa de Asesoramiento sobre Drogas
de Plan Colombo,
*Sri Lanka.*